

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

D^r P. MERKLEN

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.
Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans le texte.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. ; — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX — N° 12.

25 Décembre 1888.

(AVEC UNE PLANCHE.)

SOMMAIRE.

Mémoires originaux : I. De la trichomycose nodulaire, par JCHET-RÉNOY.

II. Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux, par HALLOPEAU et WICKHAM.

III. Phlébite dans l'érythème polymorphe, par J. GIROUX.

IV. Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse, par L. BAUDE.

Recueil de faits : Ecthyma térébrant de l'enfance. Recherches bactériologiques, par BAUDOUIN et WICKHAM.

Revue générale : Étiologie et prophylaxie de la pelade, par P. MERKLEN.

Revue de dermatologie : *Compte rendu des thèses de Paris (Suite) et de Lille (1887-1888).* —

I. Leucoplasie et cancerides de la muqueuse vulvo-vaginale, par G. BEX. — II. Du cancer

primitif de la région élitioridienne, par J. DAUBIAC. — III. De l'épithélioma vulvaire primitif,

par J. MAUREL. — IV. De l'eczéma séborrhéique, par DE SENNEVILLE. — V. Des dermites

professionnelles, par G. LEFÈVRE. — VI. Des gales anormales, par HEEM. — VII. Erythèmes

polymorphes et nodosités pseudo-rhumatismales éphémères chez les syphilitiques, par

H. TESTE.

Revue de syphiligraphie : *Compte rendu des thèses de vénéréologie et de syphiligraphie de Paris*

(1887-1888). — I. Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique, par POUY. — Con-

jonctivite blennorrhagique sans inoculation, par FRACNE. — III. Rhumatisme blennorrhagique,

par BAISLE. — IV. Arthrite blennorrhagique, par PERCHET. — V. Vaginite et son traitement,

par FOVEAU. — VI. Cystites tardives dans la blennorrhagie, par CHAMPEIL. — VII. Fièvre

syphilitique, par MORIN. — VIII. Angine syphilitique diphthéroïde, par HAUTEMENT. —

IX. Siphilides psoriasiformes, par NOZO. — X. Chondrite et péri-chondrite dans la syphilis

secondaire, par BOUVIER. — XI. Tumeurs gommeuses du sterno-mastoldien, par ROCHEFORT.

— XII. Labialites tertiaires, par TOURNIER. — XIII. Guérison de la pseudo-paralysie syphili-

tique, par BAISLE. — XIV. Traitement des plaques muqueuses hypertrophiques chez la femme,

par BAUDIER. — XV. Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio, par SIBILAT.

— XVI. Héredité syphilitique paternelle, par RIODEUX. — XVII. Ostéo-arthrites déformantes

de la syphilis héréditaire, par DIXON.

Syphiligraphie : I. Maladies cutanées et vénériennes, par LESSER. — II. Trophonévroses de la

peau, par KOPP. — III. Index bibliographique syphiligraphique, par SZAROK. — IV. Index

des thèses de dermatologie et de syphiligraphie de Bordeaux (1887-1888).

Statuts, règlement et questions du congrès de dermatologie et de syphiligraphie de 1889.

Table alphabétique des matières de l'année 1888.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

CHIFFRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, RUE CAYOT-SAINTE-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCLXXXVIII

AVIS. — Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirages à part.

MM. les Abonnés sont prévenus qu'à moins d'avis contraire il leur sera présenté, dans le courant de janvier, un mandat pour le renouvellement de leur abonnement pendant l'année 1889.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES
PAR LES
NOUVEAUX EMLATRES SUR GAZE IMPERMÉABLE

DE
CAVAILLÉS

Pharmacien, successeur de ROGÉ

9, RUE DU QUATRE-SEPTEMBRE, PARIS

EMLATRE SALICYTÉ CRÉOSOTÉ

contre le Lupus

EMLATRE A L'HUILE DE CADE

contre le Psoriasis

EMLATRE A L'OXYDE DE ZINC

contre l'Eczéma

**Emplâtre à la Résorcine, Emplâtre à l'Huile de morue
Etc., etc., etc.**

Tous ces emplâtres sont très chargés en substance active et journellement prescrits par les médecins de l'Hôpital Saint-Louis et les principaux Dermatologistes.

On trouve aussi à la Pharmacie ROGÉ-CAVAILLÉS

Le TAFFETAS DE VIGO, préconisé depuis de longues années pour le pansement des plaies syphilitiques et scrofuleuses.

Les CAPSULES DE SANTAL CITRIN, à 40 centigrammes d'essence pure.

Les SIROPS DEPURATIFS IODURÉS ET BI-IODURÉS, à 50/0 d'iodure de potassium.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

GUDENDAG FRÈRES

Fournisseurs des Hôpitaux, etc.

49, RUE DE L'ODÉON, PARIS

Spécialité d'Appareils en caoutchouc pour Maladies
de la peau

PANSEMENTS VAGINAUX à la glycérine solidifiée
PAR LA MALADE ELLE-MÊME (à usage médical)
LA BOITE: 3 fr. 50 c. Rue Lafayette, 87, PARIS

OVULES CHAUMEL

PASTILLES DE CHLORHYDRATE
Contre les Affections de la Gorge et de l'Estomac.
LA BOITE: 3 fr. — Rue Lafayette, 87, PARIS

COCAINE CHAUMEL

Nouveau Soins en Pastilles comprimées
POUR DIABÉTIQUES
Bouteille n° 1 et 2, 50, rue Lafayette, 87, Paris

SACCHARINE CHAUMEL

SOLUTION TITRÉE
(dosed à un gramme par cuillère)
n° 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

ANTIPYRINE CHAUMEL

E

E

ue

elle-
eaux

ment

ium.

MEL

MEL

MEL

MEL

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

DE LA TRICHOMYCOSE NODULAIRE

Par **ED. JUHEL-RÉNOY**, médecin des hôpitaux.

(1 planche.)

Dans une note à l'Académie des Sciences (1^{er} juillet 1878), M. Desenne décrivait un nouveau parasite découvert dans les cheveux affectés de cette singulière maladie, connue en Colombie sous le nom de *Piedra*, et dont Ostorio de Bogota avait, semble-t-il, donné une assez fidèle description clinique.

Ce travail paraît avoir passé inaperçu en notre pays, car chargé l'an dernier de la rédaction de l'article *PIEDRA* pour le *Dictionnaire encyclopédique*, je n'ai pu en trouver la mention dans aucun périodique ou ouvrage spécial. En Angleterre, il semble que la maladie ait été vue; les observations de Cheadle Morris, d'Hoggan, en sont la preuve. Ces derniers ont même donné le dessin du parasite. La maladie n'est connue que depuis 1874. J'ai la bonne fortune de pouvoir à mon tour compléter l'histoire encore si mal connue de cette maladie, — dont je pense fournir la première observation en France, — et aussi, je crois pouvoir l'ajouter, le premier examen histologique assez scientifique pour différencier le parasite de la *Piedra* de ceux qui affectent le système pileaire et dont les plus connus sont le *Trichophyton tonsurans* et l'*Achorion schoenleinii*.

En quelques mots, je désire rappeler l'aspect extérieur des cheveux piédriques que j'ai pu étudier, grâce à l'obligeance extrême d'un médecin de Medellin, le Dr Posada-Arango, qui, ayant lu l'article *PIEDRA* (voy. *Dictionnaire encyclopédique*, tome XXV) et compris les doutes qui m'assaillaient après la lecture de la communication de Desenne, aussi bien que des travaux d'anglais, a bien voulu me permettre de les

lever, en m'envoyant une grande quantité de cheveux atteints de Piedra.

« Cette maladie, m'écrit le Dr Posada-Arango, n'est pas rare à Medellin, et la jeune fille dont je vous envoie les cheveux a deux petites sœurs également affectées, ce qui me fait croire que la maladie peut se communiquer, qu'elle est due à un parasite. »

Avant de dire combien ces inductions sont légitimes, je tiens à donner une description très brève du cheveu piédrique, qui ne rappelle que de fort loin ce que nous connaissons des parasites de nos contrées, qui vivent sur les poils, et qui impriment à ces derniers des modifications si profondes, qu'elles sont quelquefois spécifiques, pour ainsi dire, de la maladie causale, tel l'état de brisure du cheveu trichophytique.

Description clinique. — Les cheveux piédriques, lorsqu'ils sont d'une certaine longueur, donnent la sensation lanugineuse ; aussi *frisent-ils*, se recroquevillant sur eux-mêmes. De distance en distance, sans régularité aucune, comme je m'en suis assuré, le doigt *sent* de petites élevures que l'œil constate avec quelque difficulté, mais que la loupe met en évidence. Un moyen qui me paraît très satisfaisant pour se rendre compte facilement du siège et de la grosseur de ces nouures consiste à étendre le cheveu sur un papier blanc, comme sur un écran ; on y voit aussitôt les points ou nouures caractéristiques. Les nodosités piédriques sont d'une coloration plus claire que celle du cheveu, ce dernier étant noir, l'élevure apparaîtra châtain foncé. Quant à la consistance des nouures qui ont fait donner à la maladie son nom, la *Piedra*, la pierre, je dois déclarer que, sans ébrécher aucun scalpel ou ciseau, j'ai pu sectionner ces élevures, sans éprouver même ces sensations de résistance extrême que je m'attendais à trouver, comme si je devais entailler des produits calcifiés. Quoi qu'il en soit, d'après Ostorio de Bogota, « le bruit que produit le passage du peigne est une sorte de crépitation due à la résistance extrême des nodosités, » et « l'effet de la maladie, m'écrit le Dr Posada-Arango, est d'agglutiner les cheveux, de les entortiller, » ce que j'ajoute, et je pense que cela seul suffira à donner une notion *très exacte de l'aspect extérieur* du cheveu à ceux de nos confrères français qui pourraient rencontrer cette curieuse maladie ; c'est que le poil porteur de nodosités piédriques ressemble au plus haut point au poil porteur de lentes, ou de *pédiculi pubis*, avec cette différence que l'élevure piédrique, comparée à la lente ou au *pediculus pubis*, est *infiniment* plus petite ; mais, je le répète, les doigts qui passent sur le poil tendu éprouvent très facilement la sensation de nodosités siégeant sur son étendue, de distance en distance.

C'est qu'en effet, avec un très faible grossissement, on voit sans aucune difficulté, en examinant le cheveu dans l'eau ou dans la glycérine, les nodosités disposées comme suit : tout autour du cheveu, lui formant

une gaine tantôt complète ou incomplète, une sorte de chaton de bague, sont disséminées les élevures, assez peu épaisses pour permettre d'apercevoir par transparence le cheveu qui passe au travers (fig. 1). Sur les pièces mises à ma disposition, ces anneaux parasitaires avaient une coloration jaune vert, alors qu'on les examinait dans une goutte de glycérine, coloration assez foncée pour cacher les détails histologiques de ces nouures. Telle est l'apparence revêtue par les cheveux dans la Piedra, et je ne pense pas qu'il soit difficile à l'esprit de reconstituer l'aspect que doit avoir une chevelure affectée de cette maladie. Quoi que je n'aie jamais examiné de malades atteints de « Piedra », je crois qu'on peut inférer logiquement que toute la symptomatologie doit se borner à fort peu de chose, à savoir : un état d'intrication voisin de la plique, chez les personnes à cheveux longs, par conséquent la piedra, dans le sexe féminin, doit être assez difficilement méconnue; en effet, les nodosités piédriques échelonnées du haut en bas du cheveu (j'en ai compté jusqu'à 23 sur un cheveu de 60 centimètres), arrêtant le peigne qui veut les démêler, de plus cet état de recroquevillement, de frisure, que j'ai signalé comme appartenant au cheveu piédrique, ne peuvent qu'exagérer encore l'intrication. Une série de points restent pour le moment inconnus, et je me propose de les éclaircir dès que mon enquête sera terminée, par l'intermédiaire de mon confrère de Medellín; ces points sont les suivants :

1° A quelle hauteur de la racine du poil s'observe le premier anneau parasitaire; 2° cette racine échappe-t-elle à l'envahissement du parasite? 3° tous les sexes sont-ils atteints avec une égale fréquence? Morris (*Lancet* 1879, p. 107) prétend que les femmes le sont le plus souvent. N'y a-t-il pas pour la Piedra quelque particularité dans son évolution qui puisse rappeler le fait singulier et tout à fait inexplicable de la non-germination trichophytique après 25 ans? 4° en un mot, tous les âges sont-ils exposés à la Piedra, toutes les races? La question n'est point sans importance, aujourd'hui que les rapports entre nations vont sans cesse se multipliant, et que la race blanche paye en Colombie son tribut à la piedra, car les cheveux qui m'ont été envoyés provenaient de deux jeunes filles blanches; 5° enfin, la Piedra abandonnée à elle-même guérit-elle, et, pour ce faire, quel temps met-elle? Autant de points d'interrogation que je ne saurais lever et sur lesquels je reviendrai ultérieurement. Quant au mode de contagion invoqué, on a supposé qu'elle s'effectuait par l'usage de mucilage huileux dont les Colombiens se couvrent la tête. Résumant en une proposition les notions actuelles dont nous disposons sur la Piedra, je donnerais la définition et la description suivantes sensiblement différentes de celles contenues dans le *Dictionnaire encyclopédique*. « La Piedra est une affection des poils et des cheveux de nature certainement parasitaire, caractérisée par la présence de nouures éche-

lonnées sur le poil, de consistance ferme, déterminant une intrication de la chevelure, due à l'état lanugineux du poil atteint. La maladie paraît s'attaquer aux deux sexes, aux races blanche et noire. Sa durée est indéterminée, sa guérison facile. »

J'ajouterai enfin que la Piedra *n'a aucun rapport* avec les affections dénommées : *Trichorrhexis nodosa*, *trichoptilose*, *nodose Hair*; qu'elle est spécifique tout comme la trichophytie et le favus, et qu'il convient, dès maintenant, de décrire dans les maladies *indubitablement* parasitaires du système pileux la Piedra. Quoique peu amoureux des innovations dans le langage médical, ce nom de Piedra me semble ne traduire qu'un symptôme grossier et *nullement constant*, car la résistance des nouures capillaires n'est pas suffisante pour être comparée à celle de la pierre; aussi proposerai-je, pour la maladie que je décris, un nom qui, rappelant l'aspect noueux du cheveu, en affirme la nature parasitaire; c'est pourquoi je l'appellerais volontiers *Trichomycose noueuse* ou *nodulaire*, de $\Theta\rho\acute{\iota}\varsigma$, cheveu, $\mu\omicron\upsilon\chi\eta\varsigma$, champignon.

Histologie de la Trichomycose nodulaire.

La technique dont je me suis servi est celle que je n'ai cessé d'employer durant les cinq années que j'ai passées au laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, chez mon cher et éminent maître, le Dr Besnier, alors que j'étais chargé des examens des cheveux.

Le cheveu est plongé dans un bain d'éther ou d'ammoniaque, pour le débarrasser de sa graisse ou des corps gras qui ont pu être appliqués, après quoi il est immergé, durant quelques minutes, dans une solution de potasse à 40 0/0, *bouillie* au moment de l'examen. Cette recommandation a besoin d'être indiquée, les solutions de potasse formant un excellent terrain de culture aux spores venues de l'extérieur.

L'immersion dans la potasse du cheveu trichomycosique ne doit pas excéder 6 à 7 minutes; passé ce délai, les nouures parasitaires sont trop ramollies, elles se détachent à la moindre traction et il devient ainsi impossible de les examiner *in situ*; au contraire, lorsqu'on veut isoler quelques spores pour les étudier spécialement, c'est un moyen précieux, car l'adhérence de l'anneau parasitaire au cheveu est telle qu'une traction même forte n'arrive pas à le détacher. Au bout de 6 à 7 minutes, le cheveu friable prend une apparence gélatineuse, on se débarrasse de la potasse par un courant d'eau; on déshydrate par l'alcool et l'on monte soit dans la glycérine ou le baume.

A un faible grossissement (obj. 1, ocul. 1, de Verick. Voy. fig. I) on aperçoit sur le cheveu les anneaux *complets* ou *incomplets*, en même

temps qu'on s'assure qu'en aucun endroit le cheveu n'a subi de brisure, de fracture.

A un plus fort grossissement (obj. 6), il est facile de voir que ces anneaux sont formés par une agglomération considérable de spores, douées d'une réfringence telle qu'on pourrait se croire en présence de globules graisseux; mais je m'empresse d'ajouter que ce n'est là qu'une apparence, car outre l'action dissolvante de l'éther, de l'ammoniaque, à laquelle le cheveu a été soumis, lorsqu'on plonge, ainsi que je l'ai fait, un de ces cheveux dans une solution d'acide osmique, on constate que les spores ne subissent aucune des réactions de la graisse en présence de cet acide. Ces spores sont donc tassées, et lorsqu'elles ne sont pas dissociées, elles donnent l'aspect d'une admirable mosaïque (*fig. II*). Pour quiconque est familiarisé avec l'aspect du trichophyton, la distinction est facile; aussi ne donnerai-je que les caractères distinctifs principaux, tout en faisant remarquer la complaisance avec laquelle les auteurs anglais qui croient avoir examiné des cheveux atteints de *pedra* s'étendent sur ces ressemblances; mais la lecture de ces auteurs m'a laissé l'impression formelle qu'aucun d'eux n'avait saisi les caractères particuliers qui sont les suivants: c'est d'abord cette *réfringence* vraiment énorme, ensuite l'*agglutinement* de ces spores par une matière jaune verdâtre qu'on observe seulement pendant quelques minutes, car au bout de très peu de temps, dissoute probablement, elle disparaît et laisse apercevoir la mosaïque sporulaire. Cette matière, pour le dire de suite, est formée par des colonies compactes de bâtonnets, et c'est probablement à eux qu'est due la résistance, la dureté des nodosités trichomycosiques, elle est de tous points comparable à la *glair*e du *favus*. Le diamètre de ces spores (1 cent. de millim.) est de *beaucoup* supérieur à celui des spores trichophytiques; or, c'est là un fait *constant*, sur plus de 60 préparations examinées à ce point de vue, j'ai toujours constaté un diamètre double à *peu près* de celui du champignon de la trichophytie, et même dépassant celui qu'on rencontre *exceptionnellement* dans cette trichophytie *géante* dont j'ai eu occasion de parler. (Voy. art. TRICHOPHYTIE, *Dictionnaire encyclopédique*.)

La *forme* de ces spores est plus difficile à déterminer; réunies en masses, elles semblent arrondies, mais non parfaitement rondes, elles doivent cet aspect à l'émoussement extrême de leurs facettes; isolées, elles présentent des figures assez différentes, tantôt nettement polyédriques, tantôt allongées, comme certains éléments mycéliens du *favus* ou mieux du pityriasis versicolore, quelquefois accolées par deux ou quatre. Il suffira de jeter un regard sur la planche annexée à ce travail pour se rendre compte de la multiplicité de ces formes (*fig. III*). Une disposition spéciale permet de les mieux voir, et c'est le conseil que je

donne à ceux qui auront occasion de vérifier ces recherches. Le cheveu ramolli par la potasse est *écrasé* sur la lamelle porte-objet, on aperçoit alors sur le cheveu, ce dernier formant écran, les spores dont la réfringence se trouve ainsi fortement atténuée et l'on distingue alors très facilement leur forme arrondie polyédrique, à arêtes mousses, *séparées les unes des autres par des interstices égaux*, alternativement clairs et noirs suivant qu'on fait varier la mise au point (*fig. II*).

Tel me paraît être le champignon pathogène de la trichomycose; mais en dehors de lui il existe *conjointement* avec ledit parasite, et cela dans toutes les préparations, à quelque manœuvre qu'on se livre (examen dans l'eau, la potasse, la glycérine, la teinture d'iode), il existe, dis-je, une *agglomération innombrable* de bâtonnets qui entourent, recouvrent, et en certains points sont si nombreux qu'ils cachent les spores sous-jacentes, comme je l'ai dit plus haut. Ces bâtonnets qu'on distingue nettement s'aidant d'un fort grossissement (ocul. 3, obj. 8. Vèrik) se voient bien au niveau de la bordure, de la zone périphérique des spores; on se rendra compte de leur situation, de leur multiplicité en consultant la figure III.

J'avoue ne pouvoir, à l'heure présente, dire quel rôle il convient de leur attribuer dans la pathogénie de l'affection, en dehors du revêtement des spores qu'ils enferment dans une sorte de gangue, ce qui donne aux nodosités cette consistance dure et pierreuse qui a frappé les observateurs colombiens; mais l'opinion soutenue par Desenne, à savoir que ces bâtonnets, qu'il a vu probablement, seraient le *mycélium* du champignon décrit plus haut, me paraît impossible à admettre. Tout ce que nous savons de la fructification des végétaux du système pileaire va à l'encontre de cette affirmation, les mycéliums du favus, de la trichophytie, reproduisent d'une façon évidente la forme de leurs spores; d'autre part l'articulation de ces spores, la disposition en filaments, en chaînettes, suffisent à les caractériser, mais rien ne rappelle de près ou de loin cette forme de bâtonnets. Enfin, j'ajoute que les bâtonnets décrits par moi sont d'un diamètre 50 fois plus petit que les spores, qu'ils sont *agités* d'un mouvement brownien, *qu'à aucun titre* ils ne paraissent pouvoir être rattachés aux spores. Aussi n'hésitai-je pas à dire que la description de Desenne est certainement erronée, qu'aucun de ces bâtonnets ne se termine par « une petite grappe cellulaire ombelliforme » et qu'il est impossible de voir en aucun point « lesdits bâtonnets articulés les uns avec les autres et s'enroulant autour du cheveu à la façon du lierre autour d'une colonne », tout cela appartient au mycélium.

J'ai cherché celui-ci dans une série de préparations; je l'ai rencontré sur un grand nombre d'examen. Nulle part, je n'ai pu voir une véri-

table chaîne mycélienne. Est-ce là une disposition particulière de la trichomycose ? Je ne saurais le dire, ne faut-il pas plutôt penser que les cheveux que j'ai examinés étaient arrivés à la période adulte de l'affection, si l'on veut bien me passer cette expression ; ou encore n'est-il pas permis de croire qu'il arrive ici ce qui se présente si fréquemment dans la trichophytie *pilaire* où le mycélium est *rare*, tandis que la spore abonde, à ce point que je ne crains pas d'être contredit en affirmant que sur 50 préparations de cheveux trichophytiques on ne rencontrera pas une fois trace de mycélium. Quoi qu'il en soit de ce *desideratum*, le mycélium paraît être petit, comme atrophié, mais c'est une question qui ne saurait être tranchée par le seul examen histologique ; aussi la méthode des cultures s'impose-t-elle.

A ma requête et avec des cheveux affectés de *piedra*, mon distingué interne, M. Lion, a entrepris une série de recherches sur ce point sur lequel nous reviendrons ultérieurement ; dès maintenant, il est possible d'affirmer qu'à l'exemple des autres végétaux la germination se fait par la fragmentation de tubes mycéliens ; le mycélium paraît en effet très *vigoureux* en cultures, ainsi qu'en témoigne la figure IV. Il est donc permis de dire que la fructification de ce parasite s'opère comme celle des champignons déjà connus (Trichophytie-favus) ; le mycélium dans les cultures prend alors un développement exubérant, comme cela a été observé par M. Duclaux dans ses belles recherches sur la trichophytie et le favus.

Je serai bref en ce qui concerne l'état du cheveu porteur de trichomycose nodulaire. Le parasite est *semé à la surface*, il ne pénètre pas dans l'intérieur du poil ; mes nombreux examens me permettent de l'affirmer, et cet *habitat* à la surface du cheveu est vraiment bien spécial, aucun des parasites connus jusqu'à ce jour ne respectant le cheveu ; aussi peut-on voir que sur toute son étendue le canal médullaire conserve son intégrité, que la cuticule du cheveu n'est nulle part atteinte, qu'en un mot il n'y a aucune altération parenchymateuse, si l'on peut ainsi parler du poil (fig. II).

Cette opinion se confirme en dissociant le poil. On ne trouve pas de spores dans son intérieur.

Le diagnostic de la trichomycose est certainement facile à porter, et je ne doute pas que, même cliniquement parlant, il ne soit facile de la distinguer de la trichophytose, de la trichorrexia nodosa, affection que les auteurs anglais ont prises pour celle qui m'occupe, enfin même si un doute restait il serait levé séance tenante par l'examen histologique. Une fois de plus je répète que seule l'histologie permet de porter un diagnostic certain, irréfragable, en faisant constater le parasite, qu'on

cherchera au niveau des nouures senties par le doigt ou vues par la loupe.

Le pronostic doit être évidemment tenu pour bénin, mais une question s'impose, celle de la *contagiosité*. Or, la seule description clinique que nous ayons de la maladie due à Ostorio de Bogota dit qu'elle n'est pas contagieuse; je ne crains pas très résolument de m'inscrire en faux contre cette proposition. Tout ce que nous savons de la contagion des parasites de nos climats (Trichophytie-favus. — Pityriasis versicolore) me permet d'affirmer que certainement la trichomycose est contagieuse; je suis heureux de confirmer ainsi la prévision du Dr Posada Arango, grâce auquel j'ai pu étudier cette curieuse maladie, et qui soignait deux sœurs atteintes de la même affection, ce qui lui faisait soupçonner la possibilité d'une contagion; or, je crois qu'il faut aller plus loin et affirmer cette contagion. Cette notion est d'une importance sur laquelle il serait oiseux d'insister, puisque de là découle le traitement. Si la contagion est certaine, il convient d'isoler le malade et de le traiter non plus en lui mettant de la graisse — médication en honneur en Colombie — mais en lui coupant les cheveux ras. Ce traitement radical est certainement le meilleur et doit suffire, l'intégrité du cheveu et du bulbe pileux permettent d'affirmer la repousse d'un cheveu sain, contrairement à ce que nous voyons lors des premières épilations chez les faviques ou les trichophytiques.

Enfin ici il est légitime de penser qu'on trouvera facilement un agent parasiticide pour épargner le sacrifice de la chevelure.

La teinture d'iode m'a paru avoir une action marquée sur les cheveux morts examinés par moi; mais quoi qu'il en soit, la trichomycose nodulaire est certainement une affection bénigne, facilement curable, et qui n'opposera pas au médecin les difficultés thérapeutiques que nous rencontrons quotidiennement dans la cure des « teignes », quoiqu'elle mérite d'être classée à côté d'elles, malgré l'affirmation de Tilbury Fox, qui prétend que ce n'est pas une véritable maladie (Was not the true disease, *Lancet*, 1879, p. 607). Je crois que cette courte note répond victorieusement à cette allégation, et qu'ainsi le groupe des affections parasitaires des poils et des cheveux se trouve enrichi d'une nouvelle variété, sur laquelle j'appellerais à nouveau l'attention des dermatologistes lorsque la méthode des cultures nous aura donné, à M. Lion et à moi, les résultats que nous sommes certains dès maintenant d'obtenir; ce court exposé ne s'adresse qu'à l'exposé clinique et histologique de la trichomycose, c'est pour cela que je l'ai fait bref; l'histoire naturelle du champignon me fournira l'occasion prochaine de compléter les points obscurs.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIG. I. — Cheveu avec les nouures parasitaires échelonnées de distance en distance.

FIG. II. — Nodosité pédiculaire montrant l'agglomération des spores et la présence de nombreux batonnets réunis en colonies.

FIG. III. — Spores isolées. Formes différentes de ces éléments. Fragments mycéliens très petits. Bâtonnets périphériques.

FIG. IV. — Tubes de mycélium *provenant de la culture en milieu approprié du parasite.*

SUR UNE FORME SUPPURATIVE DU LUPUS TUBERCULEUX (1).

Par le Dr H. HALLOPEAU et M.-L. WICKHAM

Si l'on considère les diverses formes de tuberculose cutanée dans leurs rapports avec la pyogénie, on reconnaît qu'elles se comportent très différemment. Tandis, en effet, que la suppuration est la terminaison régulière des gommes dermiques et sous-dermiques, les nodules lupiques ne subissent pas en général cette évolution. Ils ne suppurent guère que secondairement, lorsqu'ils se sont ulcérés ou lorsqu'ils sont modifiés par des topiques irritants.

Un fait que nous observons en ce moment dans notre service à l'hôpital Saint-Louis montre que cette règle n'est pas sans exception. Le nommé Gl..., âgé de 38 ans, couché au n° 85 de notre salle Bazin, porte en effet simultanément des nodules tuberculeux et de nombreuses tumeurs gommeuses cutanées et sous-cutanées, les uns et les autres en voie de suppuration. Il en résulte un type morbide tout spécial. Nous nous proposons d'en faire ressortir les *caractères cliniques*, de montrer les difficultés qu'en présente le *diagnostic* et de *rechercher comment on peut s'expliquer le mode de production de cette suppuration ainsi que celui des lésions tuberculeuses considérées d'une manière générale*.

L'aspect du malade est frappant : les téguments de la face, dans la plus grande partie de leur étendue, sont rouges et épaissis ; on y voit de nombreux nodules qui, pour la plupart, présentent à leur partie centrale un point jaunâtre correspondant à une pustule et des saillies plus volumineuses, rondes, ovales ou allongées, fluctuantes, qui constituent des gommes cutanées ou sous-cutanées ; plusieurs d'entre elles, ouvertes spontanément ou artificiellement, donnent issue à un liquide tantôt puriforme, tantôt citrin, chargé de grumeaux, filant et de consistance gommeuse. Leur volume atteint par place celui d'une petite noix. Chacune des paupières supérieures renferme une de ces tumeurs ; il en résulte qu'elles tombent sur les yeux et que le malade, pour regarder devant lui, doit renverser la tête en arrière.

On trouve tous les intermédiaires entre ces tumeurs volumineuses et les petits nodules. Ceux-ci sont d'un rouge vif, d'une consistance molle, arrondis, peu saillants, si ce n'est sur le bord et la face externe des narines ; il n'y a pas de distinction possible entre ceux qui sont suppurés et qui pourraient être considérés comme des gommes miliaires et ceux qui, non suppurés, ont tous les caractères de tubercules lupiques. Les lésions ne sont pas limitées au tégument externe : la muqueuse nasale, couverte de croûtes, donne lieu depuis plus d'un an à un écoulement puriforme ; les muqueuses

(1) Communication au congrès pour l'étude de la tuberculose.

des lèvres, des gencives et surtout des joues sont parsemées de nodosités dont plusieurs sont jaunâtres à leur sommet et donnent issue, quand on les pique, à un liquide purulent; deux abcès plus volumineux se sont ouverts antérieurement dans la cavité buccale. En examinant le fond de la gorge, on voit sur les muqueuses qui recouvrent les piliers et la paroi postérieure du pharynx des dépressions et des brides cicatricielles; la luette a en partie disparu.

Les ganglions du cou tuméfiés forment sous le menton une sorte de collier. Il n'y a pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Le caractère dominant des lésions lupiques et gommeuses que nous venons de signaler à la face et sur la muqueuse buccale de notre malade est la tendance à la suppuration: leur histoire montre qu'il en a toujours été ainsi depuis le début de l'affection. On peut la faire remonter à une tumeur qui s'est manifestée il y a six ans au côté gauche du cou et s'est abcédée; mais ce n'est que depuis trois ans que le mal est devenu persistant dans des circonstances qui méritent d'être précisées et qui ont contribué à obscurcir singulièrement le diagnostic.

En 1883, le malade, qui est maréchal ferrant et est appelé par cette profession à soigner des chevaux, est mordu au menton par l'un de ces animaux; dix-huit mois plus tard, il survient dans la cicatrice une tumeur qui grossit lentement, atteint les dimensions d'un œuf de poule, s'ouvre au bout de quatre mois et met un an à se cicatriser; concurrently une tumeur semblable se développe sous l'angle droit du maxillaire inférieur, et bientôt les nodules lupiques commencent à se montrer à la lèvre supérieure pour s'étendre ensuite progressivement aux parties que nous avons indiquées, c'est-à-dire à presque toute la face, comme on peut le constater sur le beau moulage qu'en a fait notre éminent artiste M. Baretta. (Numéro 1350 du musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Les gommages suppurées se sont multipliées dans ces derniers temps; on les trouve disséminées dans toutes les parties de la plaque lupique et à sa périphérie.

Considérées dans leur ensemble, ces lésions présentent un aspect assez insolite pour que nous ayons dû hésiter à les rattacher tout d'abord à la tuberculose. La profession du sujet, ses rapports incessants avec des chevaux malades, la morsure qu'il a subie, le début des lésions actuelles au niveau de la cicatrice qu'elle a laissée, nous ont conduits à nous demander s'il ne s'agissait pas d'une forme anormale de farcin chronique; les caractères du pus n'étaient pas en contradiction avec cette hypothèse, mais ils s'accordaient également avec celle d'une tuberculose. Nous avons vu en effet qu'il était, dans les abcès profonds, assez clair, filant, gommeux et granuleux; l'examen histologique y dénotait la présence d'amas de matière amorphe et de noyaux très altérés de globules blancs. Les résultats des recherches bactériologiques pratiquées par l'un de nous au point de vue des bacilles morveux et tuberculeux ont d'abord été complètement négatifs.

Les cultures et les inoculations pouvaient seules juger la question. M. No-card voulut bien nous prêter le concours de sa grande expérience; à deux reprises, il inocula le liquide extrait d'abcès volumineux, à des ânes, des chiens et des cobayes; aucun de ces animaux ne devint morveux et les essais de culture restèrent stériles. Dans notre laboratoire, l'injection, dans la patte d'un cobaye, d'un demi-centimètre cube de liquide purulent ne donna également aucun résultat au point de vue de la morve.

Il ressortait en toute évidence de ces faits que notre homme n'était pas atteint d'un farcin chronique : *l'expérimentation était venue efficacement en aide à la clinique, à l'école d'Alfort et à l'Hôpital Saint-Louis.*

Il ne pouvait s'agir dès lors que d'une forme anormale de tuberculose cutanée : nous en avons eu bientôt la démonstration complète. Après des recherches multiples, l'un de nous a trouvé, dans le pus de l'un des gros abcès examinés par le procédé d'Ehrlich et de Franckel, des bacilles tuberculeux très nets, nombreux et réunis en foyers ; leurs caractères étaient pathognomoniques ; ils indiquaient de la manière la plus précise que cet abcès était de nature tuberculeuse, et l'on pouvait en conclure qu'il en était de même des lésions concomitantes.

D'autre part, les expériences de M. Nocard, négatives au point de vue de la morve, ne l'ont pas été à celui de la tuberculose.

Un des cobayes inoculés avec le pus de notre malade a été sacrifié ; c'est une femelle qui a fait en juin trois petits aujourd'hui très vigoureux ; elle était en très bon état ; l'inoculation avait été pratiquée sous la peau de la face interne de la cuisse. M. Nocard a constaté à l'autopsie que les ganglions du flanc étaient du volume d'un pois et renfermaient un peu de pus caséeux ; il en était de même des ganglions iliaques, et les sous-lombaires, un peu hypertrophiés, renfermaient des granulations tuberculeuses. Traité par la méthode d'Ehrlich, le pus caséeux présentait des bacilles rares, mais très bien colorés et caractéristiques. La coupe d'un ganglion iliaque l'a montré farci de granulations tuberculeuses très pauvres en bacilles.

D'autre part, l'injection de 1 centimètre cube et demi de liquide gommeux pratiquée par l'un de nous le 30 juin dans la cavité péritonéale d'un cobaye nous a donné le 26 juillet les résultats suivants : tout le feuillet pariétal de la membrane est recouvert de fines granulations transparentes ; il en est de même des intestins ; on en trouve quelques-unes sur le péritoine qui recouvre les viscères abdominaux ; sur une coupe de la rate examinée par le procédé de la double coloration, nous avons constaté la présence de bacilles caractéristiques. La même expérience répétée chez un autre cobaye nous a donné des résultats analogues.

Il est donc établi par les examens bactériologiques et les inoculations que les lésions constatées chez notre malade sont de nature tuberculeuse. La maladie a évolué simultanément dans le derme et dans le tissu sous-dermique. Elle se présente à la fois sous la forme de gommages cutanées et sous-cutanées et sous celle de nodules pour la plupart suppurés ; ces derniers peuvent être considérés comme de petites gommages, tandis que les autres ont les caractères de nodules lupiques : ce sont des lésions de même nature. Il nous reste à rechercher quelle peut être la cause prochaine de ces suppurations multiples ? Sont-elles provoquées par la pénétration entre les lamelles dissociées de l'épiderme des microbes du pus ?

Les recherches pratiquées par l'un de nous ont, comme on pouvait le prévoir, établi qu'il n'en est rien. Le liquide des gommages, étudié sur lamelles par la méthode de Gram, n'a présenté que très rarement des bacilles et *en aucun cas des cocci* ; les cultures sur gélatine et sur agar peptonisé n'ont donné que des résultats négatifs. Le liquide provenant des nodules était plus purulent que celui des gros abcès ; il était cependant mal lié et plus clair que le pus phlegmoneux, on y voyait quelques grumeaux. L'examen bactériologique y a décelé le plus souvent, mais non constamment, la présence de cocci isolés ou en chaînettes, nombreux dans la plupart des préparations,

mais non dans toutes, et *manquant dans quelques-unes*. Les essais de culture sur gélatine et sur agar ont donné dans 7 foyers de suppuration des colonies de staphylococcus aureus ou albus généralement peu abondantes; *dans 10 autres foyers, le milieu est resté stérile*. Enfin, dans le pus retiré des nodules buccaux, les micro-organismes de la suppuration n'ont été trouvés qu'en très petit nombre.

Ces faits montrent en toute évidence que la formation du pus n'est pas due, chez notre malade, à la présence des microbes dits pyogènes; ceux-ci n'ont sans doute pénétré dans les foyers que secondairement, et, y trouvant un milieu favorable, s'y sont multipliés. On s'explique ainsi comment le pus des abcès miliaires proéminant à la surface de la peau était plus opaque et plus chargé de microbes que celui des abcès développés dans la profondeur ou au-dessous du derme.

On ne peut d'ailleurs attribuer à l'action directe des bacilles tuberculeux la formation du pus, car nous n'avons pu les trouver que dans une seule préparation; si donc, comme le prouvent les résultats positifs des inoculations, ils existent dans les foyers, on peut affirmer qu'ils y sont très rares; ces résultats n'ont été obtenus qu'avec une quantité relativement énorme de matière (un centimètre cube et demi sur un cobaye).

Nous sommes conduit ainsi à chercher ailleurs que dans l'action directe des microbes la cause prochaine de la suppuration, et à faire intervenir ces agents chimiques, ces leucomaines que M. Gautier a fait connaître, et auxquels on assigne à juste titre, sous la féconde impulsion de M. Bouchard, un rôle de plus en plus considérable dans la genèse des lésions et des phénomènes morbides. Notre observation vient ainsi à l'appui des faits constatés par MM. Grawitz et de Bary; ces auteurs ont en effet conclu de leurs expériences que les bactéries ne prennent part au développement de la suppuration que par les produits chimiques qu'elles engendrent; elles se multiplient dans les tissus préparés par une action chimique et y propagent l'inflammation suppurative par la formation de ces leucomaines; injectées seules, celles-ci suffisent à provoquer la suppuration. On ne peut donc plus dire aujourd'hui qu'il n'y a pas de pus sans microbes; déjà ce fait semblait ressortir des observations de M. Straus montrant que le pus des bubons consécutifs au chancre ne renferme généralement pas de micro-organismes, et, d'autre part, Rosenbach avait constaté que l'injection, dans le péritoine d'un lapin, de six gouttes d'une solution au centième de nitrate d'argent bien stérilisé y amène presque toujours la suppuration sans microbes.

Si nous considérons dans son ensemble le processus qui aboutit à la suppuration des produits tuberculeux, nous arrivons à le concevoir ainsi qu'il suit : *les bacilles engendrent, aux dépens du milieu organique dans lequel ils se développent, des leucomaines qui exercent une action irritante sur les tissus ambiants et peuvent en amener la suppuration*. Cette pyogénie ne s'accomplit en général que dans le tissu sous-dermique, mais notre cas, ainsi que les faits de Riehl et Paltauf, montre qu'elle peut également se produire dans le derme; cependant la rareté du fait montre qu'il faut pour cela une prédisposition particulière déterminant ce mode de réaction, une idiosyncrasie comparable à celle qui crée chez certains sujets une intolérance pour tel ou tel poison chimique tel que l'iode ou le mercure.

Quand l'abcès est superficiel, les microbes du pus y pénètrent secondairement et s'y multiplient.

Il est très probable que c'est également par l'intermédiaire de leuco-

maînes provenant de leur action sur le milieu ambiant que les bacilles de la tuberculose donnent lieu à la production des nodules lupiques et des gommes, car ils s'y trouvent en trop petit nombre pour que le développement de ces lésions puisse s'expliquer suffisamment par l'irritation qui résulterait de leur présence; il s'agit d'ailleurs de lésions offrant des caractères spécifiques, et ce seul fait suffit à exclure l'idée d'une simple irritation. Nous dirons donc que, si les bacilles sont les agents essentiels de la tuberculose et seuls capables de la transmettre, ils n'en produisent selon toute vraisemblance les lésions qu'indirectement, par l'intermédiaire de substances chimiques résultant de leur mouvement nutritif et de l'action qu'il exerce sur le milieu dans lequel ils se développent.

PHLÉBITE DANS L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE,

Par J. GIRODE.

Médaille d'or des hôpitaux.

Si les travaux critiques des dernières années tendent à faire ranger l'érythème polymorphe dans la classe des maladies infectieuses, à côté du groupe des fièvres éruptives, il faut reconnaître que ce rapprochement n'est pas fondé seulement ni même principalement sur les aspects objectifs de l'affection, considérée comme type dermatologique, mais aussi et surtout sur la considération des accidents surajoutés qui en modifient parfois l'allure clinique et en éclairent la signification. L'étude des déterminations morbides de l'érythème polymorphe sur les organes profonds forme un chapitre intéressant dans les descriptions modernes de cette maladie.

Or, parmi les complications ou localisations qui contribuent à donner à l'érythème polymorphe l'aspect d'une infection atténuée, mais très assimilable aux exanthèmes proprement dits, on peut certainement citer les déterminations sur l'appareil veineux. Les accidents phlébitiques, il est vrai, sont tout à fait exceptionnels; mais les exemples mentionnés par les auteurs, pour être rares, ne prêtent pas moins à d'intéressantes considérations.

Pelvet a publié, dans les *Mémoires de la Société médicale d'observation* (1885), l'histoire d'un jeune homme de 22 ans qui, dans le cours d'un érythème papuleux et vésiculeux d'intensité moyenne, présente des signes de phlébite des deux membres inférieurs et du bras gauche.

Schmitt (1) rapporte, d'après *Saint-Georges Hosp. Reports* (vol. III, 1868), deux cas de phlébite coïncidant avec l'érythème noueux; dans un cas, la phlébite iléo-crurale gauche survivait à l'érythème et entraînait tardivement la mort par embolie.

L'observation encore plus importante relatée avec détail par P. de Molènes (2) concerne une malade du service de M. E. Besnier à l'hôpi-

(1) *Thèse de Paris*, p. 88, 1884.

(2) *Thèse de Paris*, observation V, p. 62.

tal Saint-Louis; il s'agit d'une femme de 37 ans, atteinte d'un érythème polymorphe à caractère infectieux, à localisations viscérales variées, et ayant présenté les signes d'une phlébite suppurée du mollet gauche; ici encore, la terminaison fatale de la maladie permet le contrôle anatomique de la lésion veineuse.

Nous n'avons guère noté, dans les travaux plus récents sur l'érythème polymorphe, d'autre exemple de la complication qui nous occupe.

C'est la rareté des faits de ce genre qui nous engage à mentionner ici les deux suivants que les hasards de la clinique ont offerts presque simultanément à notre observation, dans le service de notre maître, M. le professeur Brouardel, au commencement de cette année.

OBSERVATION I.

Erythème polymorphe. Placards érythémateux de la poitrine et du membre inférieur droit. Éléments vésiculeux et bulleux. Trouble de l'innervation des vaisseaux cutanés et des muscles redresseurs des poils. Myoïdème. Ralentissement du cœur. Phlébite de la crurale droite.

Wo..., 30 ans, manœuvre, entre le 13 mars à l'hôpital de la Pitié, salle Serres, lit n° 26.

Bonne santé habituelle. Quelques excès de boisson. Ancien ecthyma des jambes (à une époque où le malade travaillait dans les mines). Pas de syphilis, de rhumatisme, de varices.

L'affection actuelle a débuté il y a 8 jours, sans cause connue : pas d'écart de régime, pas d'ingestion alimentaire ou médicamenteuse suspectable ; pas de contact irritant. Mal de tête, léger endolorissement de la gorge. Quelques nausées. Mouvement fébrile à peine apparent. Insomnie. Quatre jours après ces premiers symptômes, apparition de l'éruption au-devant de la poitrine, où elle s'est accrue progressivement. La veille de l'entrée, l'éruption se montre sous la même forme à la cuisse droite. Le malade continue à travailler pendant deux jours, après le début de l'éruption ; appétit ordinaire et bonnes digestions.

Etat actuel. Au-devant de la poitrine, large plaque rouge vif, à contour festonné, à teinte progressivement dégradée vers la périphérie. Surface unie. Élévation notable de la température locale. Le rougeur disparaît complètement à la pression et se reproduit rapidement quand on enlève le doigt. Petits îlots desquamatifs dissimulés, tantôt en fines lamelles encore complètement adhérentes et paraissant correspondre à une petite bulle affaissée, tantôt en lamelles plus larges groupées en collerette et rappelant une bulle déchirée. En quelques points, croûtelles jaunes plus épaisses se dessèchant. La peau semble un peu épaissie. Sensibilité normale. La percussion brève provoque un degré prononcé de myoïdème des muscles sous-jacents à la plaque éruptive. Erectilité facile des muscles redresseurs des poils. En traçant une légère rayure avec la pointe d'un stylet dans cette région, on obtient une marque blanche très persistante ; il est possible d'écrire au stylet et de lire : Hôpital de la Pitié, pendant 8 minutes. Ce phénomène vaso-constricteur s'observe à peine dans les régions voisines, non siège d'éruption.

A la cuisse droite, aspect analogue ; lésion plus récente, rougeur plus claire. Ici persistent, disséminées çà et là sur l'éruption érythémateuse, des bulles claires du volume d'un pois ou au delà, plus larges et plus confluentes au-dessus du genou. Même état dermatographique, encore plus prononcé ; même facilité à produire la chair de poule artificielle et la contraction idio-musculaire. Légère sensation de prurit.

Ce qui frappe surtout ici, c'est l'augmentation du volume et l'impotence du membre. Gonflement œdémateux du pied de la jambe et du côté inféro-interne de la cuisse ; œdème blanc assez consistant ; veines sous-cutanées dilatées au côté externe de la jambe. En explorant la veine crurale, on sent nettement un cordon induré et douloureux ; le maximum de l'induration paraît correspondre à l'angle inférieur du triangle de Scarpa. Vers l'arcade crurale, la veine est normale ; on trouve seulement là quelques ganglions gonflés et douloureux. La pression au niveau du mollet est également pénible, quoique moins douloureuse qu'à la cuisse. Pesanteur de tout le membre, impossibilité de le détacher du lit ; engourdissement. Repos de la nuit troublé par les douleurs spontanées.

Peau moite. T. 38° 6 le soir de l'entrée, 37° 9 et 38° 2 aujourd'hui. Appétit. Langue grise. Gorge à peine rosée, sans gonflement. Selles régulières. Urines claires, abondantes, comme nerveuses, non albumineuses.

Cœur normal, Pouls lent à 66, bien développé.

Rien du côté du poumon,

15. — T. 38° 5 et 38°. Sudation.

16. — T. 36° 9 et 37° 8. Plaque thoracique toujours très rouge, desquamation plus prononcée, en lamelles assez larges. Au membre inférieur droit, rougeur stationnaire ; les premières bulles affaissées, autre poussée de vésicules ou bulles semblables. Gonflement du membre un peu moins considérable ; élévation très manifeste de la température à la main. Le cordon de la crurale toujours perceptible, moins douloureux. Au repos, membre indolent simplement lourd. Un peu de rougeur vague, et quelques vésico-bulles louches à la cuisse gauche.

Appareil digestif intact. Sommeil irrégulier. Impulsion cardiaque forte. Pouls lent à 48, très ample.

Le sujet est toujours dermatographique (1) dans les mêmes formes.

18. — Eruption présternale, en voie de guérison ; reste de desquamation, léger prurit.

A la cuisse droite, les bulles s'affaissent. Gonflement du membre très diminué ; godet encore net sur le bas du tibia. Crurale encore sensible. Même engourdissement. Démangeaisons. Sensibilité tactile un peu obtuse. La rayure du stylet persiste encore 5 minutes. Apyrexie.

25. — Amélioration générale. Membre inférieur droit indolent. Prurit. Etat dermatographique persistant, moins durable.

29. — Éruption terminée. Le phénomène dermatographique a changé de sens ; la marque blanche est remplacée par une raie paralytique de 2 à 3 minutes de durée.

4 avril. — État très satisfaisant. Exeat. La cuisse droite est guérie et ne garde qu'un très léger degré d'engourdissement.

(1) L'expression : sujet dermatographique, s'appliquerait mieux au cas où le phénomène dermatologique provoqué prend l'apparence urticaire ; nous l'employons faute de mieux et pour éviter une longue périphrase.

OBSERVATION II.

Erythème polymorphe papuleux et noueux. Hyperexcitabilité des vaso-moteurs cutanés et des muscles pilaires. Ralentissement du pouls. Phlébites du mollet droit.

B..., 30 ans, débardeur; entre le 3 avril à l'hôpital de la Pitié, salle Serres, lit n° 5. Bonne santé habituelle. Pas d'excès avoués. Pas de syphilis. Aucun accident suspect ayant précédé la maladie actuelle. Pas de rhumatisme. Pas de varices.

Début de l'affection, il y a 8 jours, à la suite d'un refroidissement. Douleur à la nuque. Frissonnements répétés. Malaise. Légère épistaxis. Le malade ne s'est pas aperçu du début précis de l'éruption qui s'est développée sans phénomène marquant, sans prurit, avec seulement un certain degré d'expansion cutanée.

Etat actuel. — Apparence d'une forte constitution. T. 38°7 le soir de l'entrée, aujourd'hui 38°2 et 39°1. Langue nette. Peu d'appétit. Pas de mal de gorge. Constipation. Rhonchus vibrants dans les deux côtés de la poitrine. Urines foncées, rares. Léger degré d'albuminurie et réaction uro-hématique intense.

L'éruption est disséminée sur presque tout le corps et prédomine en arrière et sur les côtés du tronc, plus encore en arrière du cubitus. Macules rouge vif de diamètre inégal, à contour déchiqueté, d'aspect rubéoliforme, sans pointillé. A ces macules se mêlent ça et là, aux membres, surtout vers les avant-bras, des papules larges de 1 1/2 centimètre, saillantes, bien limitées et dures; sur le cubitus droit, grosses nodosités dépassant le volume d'une noisette. Les plus grosses parmi ces papulo-nouures sont sensibles quand on les presse, et surtout quand on cherche à les saisir entre les doigts. Pas de prurit, pas de symptôme fonctionnel notable.

4. — T. 38° et 39°. Malaise plus marqué. Langue limoneuse au dos, rouge à la pointe. Gorge normale. Enduit gingival très marqué. Dedans des joues un peu gonflé et montrant l'empreinte des dents. Facies altéré jaunâtre. Anorexie. Urines plus foncées et troubles, très faiblement albumineuses. Pouls lent, à 52, ample résistant. Cœur normal. Mêmes caractères de l'éruption. Papulo-nouures un peu plus sombres.

Le sujet présente un état dermatographique de la peau très accusé. Après un léger contact du stylet, raie rouge de 1 centimètre pendant une minute, puis marque blanche constrictive de même largeur pendant 3 à 4 minutes.

De même, en rayant la peau très faiblement au-devant des cuisses, sur les flancs, ou encore par la simple application de la main à plat au-devant du sternum, on observe une érectilité extrême des muscles des poils; le phénomène de la chair de poule artificielle persiste pendant plusieurs minutes.

5. — T. 38° et 38°5.

6. — T. 37°3 et 37°9. Le malaise général persiste. Anorexie. Nausées. Constipation. Langue très rouge à la pointe et aux bords. Teint jaune. Pouls à 50, très développé. Urnes foncées, non albumineuses aujourd'hui.

Il s'est manifesté dans les deux derniers jours un peu de gonflement et d'endolorissement des ganglions de l'aîne, de l'aisselle, et de la partie latérale du cou.

Depuis la veille, le malade accuse un engourdissement du membre infé-

rieur droit, surtout la jambe. Gonflement assez considérable depuis le pied jusqu'au genou. Cordons bleuâtres des veines sous-cutanées. Œdème assez dur blanc bleuâtre; pression douloureuse le long du tibia en bas, mais surtout au milieu du mollet mis dans le relâchement, et sur le trajet de la poplitée. On a ici la sensation un peu vague d'un cordon vertical induré. Attitude fléchie permanente du membre qui repose sur sa face externe : extension impossible. Toutes les tentatives d'exploration et de mouvements très douloureuses.

7. — Éruption en décroissance, nouures plus pâles et affaissées. Mêmes phénomènes du côté des vaso-moteurs cutanés et des muscles pilaires, se produisant à la plus légère excitation, frôlement de la main, contact d'une inégalité des vêtements, etc.; la raie blanche se perçoit seule, 4 à 5 minutes. Nausées. Constipation. T. normale. — Même état du membre inférieur droit.

8. — T. 37°8. Lourdeur de tête. Coliques. Les ganglions encore appréciables, mais indolents. Pouls lent à 44. — Même œdème à droite.

9. — Apyrexie. Langue meilleure. Appétit. Éruption presque disparue.

12. — Le gonflement de la jambe droite s'atténue, douleur et engourdissement nuls. Ébauche de desquamation au niveau des principales nodosités. Le phénomène dermatographique disparu. Encore un peu d'érection des muscles pilaires.

20. — A peine d'œdème sur le bas du tibia. Les mouvements du membre indolents. Ganglions normaux. Symptômes neuro-cutanés disparus.

25. — Le malade se lève. Pouls à 60. Bon appétit. Exeat le 28.

Si nous n'avions pas rappelé, en commençant, quelle place semblait légitimement tenir l'érythème polymorphe dans la classification dermatologique contemporaine, nous pourrions interpréter assez aisément quelques-uns des phénomènes, notés dans les deux observations précédentes, en faveur de la théorie angio-névrotique de l'érythème polymorphe, telle qu'elle a été conçue et soutenue par Kœbner, Lewin, Uffelmann, Pick, Behrend, etc. L'altération fonctionnelle du système sympathique était manifestée d'une manière frappante par l'intensité des perturbations artificiellement provocables dans la sphère des vaso-moteurs cutanés et des muscles redresseurs des poils. On peut en rapprocher la singularité des phénomènes notés du côté du fonctionnement cardiaque. Le signe de la raie anémique ou vaso-constrictive, soit pur, soit combiné avec la raie hyperémique ou vaso-dilatatrice, était l'indice d'une perversion en plus ou en moins dans l'excitabilité des nerfs vaso-moteurs cutanés; le phénomène de la chair de poule artificielle témoignait dans le même sens. Enfin, le ralentissement si remarquable des contractions cardiaques semblait bien dénoter un surcroît d'action du nerf vague, parent du grand-sympathique à tant de titres.

Mais, quelque intéressants que soient ces signes, et en existât-il d'autres analogues, on ne saurait rationnellement y voir un argument en faveur de la théorie angio-névrotique, plutôt que de la théorie infec-

tieuse même. Les exemples empruntés à d'autres infections, la scarlatine, la tuberculose méningée, la fièvre typhoïde, etc., permettent de comprendre qu'il s'agit là d'une influence morbide directe de l'érythème polymorphe sur les organes nerveux : cette action s'observe au même titre que d'autres localisations de la maladie générale sur les organes profonds.

La phlébite, que nous avons plus spécialement en vue, en rapportant les deux faits précédents, a une signification analogue. Nous ne croyons pas que son existence chez nos malades puisse être mise en doute : le grand développement et la localisation de l'œdème, le siège spécial de l'endolorissement spontané et des douleurs développées dans les explorations, enfin, jusqu'à un certain point, la constatation de cordons veineux indurés par le fait des coagulations, tout cet ensemble se rapporte à une inflammation des veines, légère sans doute et peu durable, mais cependant indiscutable. Il n'y a là rien de comparable avec le gonflement bilatéral des membres inférieurs, observé chez les sujets faibles ou anémiques, et invoqué pour légitimer la prédominance de localisation de certains érythèmes noueux ; on ne saurait en rapprocher non plus ces faits d'œdème à caractère rhumatismal ou pseudo-phlegmoneux que Cénas (1) a vus dans six cas d'érythème polymorphe, et qu'il explique par une perturbation des nerfs périphériques ressortissant à la maladie infectieuse en cause.

On ne pouvait invoquer chez nos malades, pour l'interprétation étiologique de cette phlébite, aucune cause locale déterminée. Il n'y avait aucun signe de l'affection variqueuse même commençante, pas de symptômes de compression des veines principales de la région. Le ralentissement du cœur ne peut être incriminé : il était compatible avec une tension artérielle normale et n'entraînait aucune gêne apparente de la circulation périphérique (dans les autres membres).

On est donc forcé d'attribuer à la phlébite, lorsqu'elle complique l'érythème polymorphe, la même signification qu'on lui connaît dans d'autres infections, fièvre typhoïde, puerpéralité, septicémie chirurgicale, etc. ; c'est une localisation sur les veines de l'influence nocive qui appartient à l'élément spécifique de ces maladies générales. Ce mécanisme était plus spécialement évident dans le cas de P. de Molènes, où, corrélativement à l'intensité de l'état infectieux créé par l'affection causale, la phlébite prenait le caractère suppuratif. Pour s'être montré moins intense dans les autres cas, en particulier dans ceux que nous rapportons, cet accident n'en conserve pas moins un caractère intéres-

(1) *Loire Médicale*, 1886.

sant, et mérite de prendre rang à côté des autres localisations profondes, endocardites, néphrites, arthrites, etc.

Quant à la valeur pronostique de cette phlébite, il n'est pas possible d'en donner une formule univoque : l'accident suit les allures et comporte la signification de la maladie même. Il ne faudra pas oublier, toutefois, qu'outre son importance dans le tableau morbide, la phlébite peut avoir un intérêt pronostique à elle, évoluer ultérieurement pour son compte comme dans un des faits mentionnés par Schmitt, et amener la mort par embolie.

IV

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA GROSSESSE,

Par **Em. BAUDE**, interne des hôpitaux.

Travail de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital St-Sauveur.

Service de M. le professeur **LELOIR**.

L'influence réciproque de deux affections, lorsqu'elles coïncident chez un même sujet, est une question qui a, dans ces derniers temps surtout, excité d'une façon spéciale l'attention des cliniciens. La syphilis, en particulier, lorsqu'elle vient à compliquer la grossesse, a suscité déjà des recherches nombreuses, et l'on voit tous les jours des matériaux nouveaux puisés dans l'observation complète des malades venir s'ajouter aux connaissances acquises.

L'observation suivante, que nous avons recueillie à la clinique dermatosyphiligraphique de l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Leloir, nous a paru bien propre à faire ressortir l'influence que peut avoir la syphilis sur la grossesse, lorsque la syphilis a été contractée au cours de cette dernière. Cette action que nous avons pu observer attentivement chez notre malade, s'est manifestée avec une telle netteté, que nous n'avons pas voulu laisser passer le fait inaperçu, car il nous semble devoir constituer un document des plus intéressants pour l'histoire de l'influence de la syphilis sur la grossesse. Le cas sans doute n'est pas nouveau, il est probable même qu'il s'est déjà plus d'une fois présenté, et cependant nous devons avouer que, malgré les nombreuses recherches que nous avons entreprises dans les revues et les auteurs qui se sont occupés de cette question, nous n'avons trouvé aucune observation où les faits soient exposés de la façon que nous allons rapporter.

OBSERVATION.

L... Angelina, 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, salle Saint-Come, le 8 septembre 1888 (n° 612 du *Recueil d'observations*).

Femme de constitution moyenne, légèrement anémique et névropathe. Pas d'hystérie.

Elle ne présente aucun antécédent de famille méritant d'être noté. Rien comme antécédents pathologiques : elle a toujours joui d'une santé excellente, et a accouché, il y a deux ans, d'un enfant à terme actuellement bien portant. Cette première grossesse a évolué d'une façon absolument normale.

Elle est actuellement enceinte de six mois et demi; les règles ont fait défaut depuis le 1^{er} mars 1888, jour où elles se sont montrées pour la dernière fois. Le fond de l'utérus est actuellement remonté un peu au-dessus de l'ombilic.

Trois semaines avant son entrée dans le service elle vit apparaître au niveau de la petite lèvre gauche, deux petites nodosités, présentant à leur sommet, une légère croûte, sèche, adhérente, recouvrant une ulcération superficielle. Ces nodosités ne sont pas douloureuses spontanément; elles sont dures, indolentes à la pression et atteignent le volume d'un gros pois; elles sont très mal limitées et irrégulières; dans les aines, quelques ganglions petits, douloureux.

8 septembre, jour de son entrée, on constate au niveau de la muqueuse de la petite lèvre gauche, deux petites nodosités, présentant à leur sommet, une légère croûte, sèche, adhérente, recouvrant une ulcération superficielle. Ces nodosités ne sont pas douloureuses spontanément; elles sont dures, indolentes à la pression et atteignent le volume d'un gros pois; elles sont très mal limitées et irrégulières; dans les aines, quelques ganglions petits, douloureux.

Compresses de liqueur de Van Swieten.

13 septembre. La croûte étant tombée, une ulcération apparaît sur le sommet d'une de ces nodosités; elle est exactement ronde, surélevée et présente en tous sens 1 centimètre de diamètre. L'infiltration sous-jacente est plus nette; elle sous-tend exactement l'ulcération. La lésion présente actuellement tous les caractères d'un chancre syphilitique type avec retentissement ganglionnaire.

19 septembre. La malade a été prise depuis hier soir de phénomènes généraux se présentant sous forme de douleurs abdominales sans caractères bien nets, de courbature, de fatigue insolite, de douleurs de tête. Le thermomètre placé sous l'aisselle indique le matin 37.7. — On constate, au niveau des flancs, une éruption caractérisée par une série de petites taches rondes sans phénomènes subjectifs à leur niveau, variant comme étendue de la surface d'une lentille à celle d'un pois, et présentant une coloration d'un rose tendre, fleur de pêcher caractéristique. Ces taches sont peu abondantes, disséminées. On en trouve quelques-unes sur la poitrine et la racine des membres. Pas d'albumine dans les urines.

Température : soir, 38.2. Les douleurs abdominales dont la malade se plaint depuis hier persistent, mais elles ont changé de caractère : elles deviennent franchement intermittentes, le col est entr'ouvert, mais mesure encore 2 centimètres de longueur environ. La malade est envoyée dans le service de la maternité à l'hôpital de la Charité, où l'on reconnaît un travail commencé, mais encore à son début. On cherche à l'enrayer pour éviter l'accouchement prématuré.

23 septembre. La malade rentre à l'hôpital Saint-Sauveur, non accouchée. Elle présente actuellement une roséole maculo-papuleuse discrète généralisée. Les piliers sont rouges sur leurs bords. Plaque opaline de l'amygdale gauche.

Traitement. — 26 septembre. Première injection de calomel.

Il est probable que cette menace d'accouchement prématuré, coïncidant avec les phénomènes généraux du début de la période secondaire et l'apparition de la roséole, n'a pas été une pure coïncidence et qu'il y a rapport de cause à effet entre ces deux phénomènes ; mais il faut noter que le traumatisme est intervenu. Il paraîtrait, et c'est la malade elle-même qui nous fournit ce renseignement, qu'elle a signalé à la Maternité, et dont elle nous affirme actuellement l'exactitude : c'est que le 3 septembre (jour de la Braderie, fête populaire), elle aurait donné à la directrice de la maison où elle travaille, soixante cachets, ce qui veut dire, en d'autres termes, qu'elle aurait coûté soixante fois dans la journée, de minuit à minuit. Cependant, l'intervalle de temps (16 jours) qui sépare l'action traumatique du résultat qu'on serait tenté de lui attribuer, paraît assez considérable.

En résumé, il s'agit, dans le cas particulier, d'une femme qui, ayant accouché une première fois normalement sans que sa grossesse fût troublée dans son cours, contracte la syphilis pendant une seconde grossesse en voie d'évolution, et menace d'avorter au moment même où apparaît la roséole.

N'y a-t-il dans ce fait qu'une simple coïncidence ? — Nous ne le croyons pas. — Une première grossesse, terminée sans encombre par la mise au monde, au bout du temps réglementaire, d'un enfant bien conformé et actuellement en vie, nous est un sûr garant de la possibilité chez cette femme d'être fécondée et d'engendrer. — Pourquoi donc une seconde grossesse n'a-t-elle pu évoluer d'une façon aussi normale ? — Sans doute, le traumatisme est intervenu sous forme de coût, et l'on pourrait supposer qu'il ait à lui seul augmenté l'excitabilité anormale des fibres utérines à la fin de la grossesse et amené leurs contractions ; mais l'espace de temps compris entre le moment de sa production et l'effet produit, l'absence de tout phénomène morbide durant cet intervalle, nous permettent d'éliminer ce facteur. On expliquerait d'ailleurs difficilement pourquoi le traumatisme a attendu, pour entrer en action, le moment précis où sont intervenus les phénomènes généraux du début de la période secondaire.

Reste donc la syphilis. Quand et comment a-t-elle agi ?

a) Quand a-t-elle agi ? — « De l'aveu général, la période de la maladie qui expose le plus à l'avortement, est celle qu'on désigne sous le nom de stade secondaire. C'est du 4^e mois de cette période à la fin de la seconde année que j'ai vu, pour ma part, l'avortement se produire dans l'immense majorité des cas... Les femmes qui sont rudement et viscéralement éprouvées par la syphilis secondaire sont plus exposées à l'avortement que celles dont la maladie se borne à quelques symptômes légers périphériques. » (Fournier.) — Chez notre malade, les choses

sont loin de s'être passées de la sorte; la syphilis constitutionnelle ne paraît pas rentrer chez elle dans le cadre des syphilis fortes; de plus, elle n'a pas eu le temps de mettre ses viscères à l'épreuve. C'est au début même de la période secondaire, au moment où le chancre, accident primitivement local, a fini par amener l'infection générale de l'organisme, que l'avortement a failli se produire. Cette date précise que nous avons notée, nous ne l'avons rencontrée dans aucune publication.

b) Comment a-t-elle agi. — L'avortement provient-il de la maladie de la mère ou de celle du fœtus ?

Gardanne tranche la question dans le premier sens, et fait intervenir « une sensibilité singulière que les femmes vérolées ont au col de la matrice ».

D'autres auteurs plus récents et par suite plus positifs, invoquent surtout l'état général pour expliquer l'avortement. S'il est, disent-ils, quelque chose d'intéressant à étudier dans l'histoire de la vérole, c'est évidemment la manière d'être de l'organisme, lorsque le virus syphilitique l'envahit dans son entier, ou en d'autres termes, au moment où la syphilis, accident jusque-là local, se déclare comme maladie générale. Dans beaucoup de cas, chez les femmes surtout, l'infection syphilitique crée un état véritable de maladie : on observe de la fièvre, des symptômes de chloro-anémie qui sont dus à une diminution réelle et constatée par l'analyse dans la proportion des globules rouges du sang. — Mais supposé que l'organisme, au lieu d'être sain, soit déjà dans un état d'infériorité numérique en fait de globules, comme il l'est d'ailleurs dans la grossesse (Andral et Gavarret), la syphilis compliquant cet état viendra lui ajouter « son anémie propre, son influence débilitante et sa prédisposition aux troubles de nutrition; il y aura souvent de ce chef asthénie marquée, les deux affections ajoutant leurs effets, et il se produit ainsi un état général, qui, à son tour, agit sérieusement sur la grossesse et vient souvent en interrompre le cours ». (Fournier.)

Mais il est une autre explication plus en harmonie avec les données scientifiques modernes, susceptible d'être invoquée pour rendre compte du processus abortif qui s'est déclaré chez notre malade : elle consiste à considérer l'empoisonnement direct et primitif du fœtus, par un principe morbide, comme étant la cause principale sinon unique de l'accouchement prématuré chez les femmes enceintes syphilitiques. Donnée par Jullien comme hypothèse, hypothèse vraisemblable faute d'observations, cette opinion nous semble fortement confirmée par l'étude de l'observation que nous avons relatée. Tout s'y est passé de la façon la plus simple, je dirai presque la plus idéale qu'il soit possible de souhaiter en clinique, surtout lorsqu'il s'agit de confirmer des idées théoriques. — Il y a bien eu action traumatique, mais il ne semble pas qu'il faille en

tenir compte. — La fièvre au début de la période secondaire qui aurait pu, à elle seule, donner une explication de la menace d'avortement, a été nulle pour ainsi dire, comme intensité et comme force. Le thermomètre n'a pas dépassé 38.3 le soir, et nous savons par les expériences de Doré (*Thèse de Paris*, 1883) que si, par une élévation graduelle de la température, l'on ne dépasse pas les maxima observés dans la vie humaine, l'influence de la chaleur sur le fœtus paraît nulle ou à peu près. Il est donc de toute évidence que la température n'a agi en aucun sens dans cette menace d'accouchement prématuré. — L'état général de la période secondaire venant s'ajouter à la faiblesse primitive de l'organisme, n'a pas été tellement grave qu'il puisse être invoqué avec raison, bien qu'il ait pu contribuer dans une certaine mesure à l'interruption de la grossesse. — *Reste donc la syphilis agissant comme maladie infectieuse et générale, et, comme les premiers symptômes de l'avortement se sont montrés en même temps que la syphilis devenait générale, infectant tout le sujet, il est possible de conclure d'une façon légitime qu'il y a eu rapport de cause à effet entre ces deux phénomènes : l'infection syphilitique, l'avortement.*

Peut-on songer, dans le cas actuel, à un état pathologique du placenta ou de ses annexes? Nous ne le pensons pas. Sans doute, il est naturel d'admettre que, si le placenta, organe essentiel du développement pour le fœtus, vient à être malade ou lésé dans ses fonctions, le fœtus s'en ressent d'autant plus que les lésions sont étendues et profondes; mais, pour agir, il faut que ces lésions aient eu le temps de se produire, et ce n'est pas dès la première heure, au moment même de l'infection que sont constituées les lésions chroniques qui caractérisent le placenta syphilitique. D'ailleurs, s'il faut en croire les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, il y aurait immunité absolue du fœtus et pas d'altération du placenta, lorsque la mère n'est infectée que dans les derniers mois de la grossesse.

Une hémorragie placentaire de peu d'importance aurait pu se produire, mais, si elle existe, est-elle primitive ou consécutive à l'altération du placenta? c'est ce que ne peuvent dire les auteurs qui ont traité cette question au point de vue général, inutile donc d'insister.

C'est donc la syphilis se comportant comme maladie générale, infectant le fœtus qu'il faut incriminer. Il ne paraît pas possible d'interpréter d'une autre façon le fait que nous avons observé. Pourquoi refuserait-on à la syphilis, dont les allures sont celles d'une maladie générale, la faculté de déterminer l'avortement, à l'instant même où elle se déclare comme telle, alors que tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que les autres maladies générales agissent d'une façon analogue? on comprendrait mal que la syphilis fit exception à cette loi. Les notions microbiennes que nous possédons sur la syphilis, sont évidemment moins pré-

cises que celles que nous avons sur l'érysipèle, la variole ou la pneumonie. En admettant même que le bacille de Lustgarten soit bien celui de la syphilis, il resterait encore, comme le fait observer M. le professeur Leloir (*Leçons sur la syphilis*, Paris, A. Delahaye, 1886), à le cultiver, à l'inoculer et à reproduire la maladie; mais, à défaut de preuves expérimentales ou plutôt malgré leur insuffisance, il reste acquis que cliniquement la syphilis a toutes les allures d'une maladie infectieuse, et le fait que nous rapportons ne peut que fortifier dans cette idée.

L'observation que nous avons relatée n'est pas seulement remarquable au point de vue clinique, elle présente, comme nous l'a fait remarquer M. le professeur Leloir, une importance considérable au point de vue théorique et doctrinal.

Deux théories sont actuellement en présence pour expliquer le mode pathogénique de l'infection syphilitique :

D'après la première, l'absorption du virus est faite, et l'organisme intoxiqué d'emblée, immédiatement après la contamination syphilitique. Le chancre est le premier des accidents secondaires; cet accident apparu, la vérole est déjà faite, elle est générale (Ricord, Fournier, Mauriac).

Dans la seconde (Leloir, Gémy), on suppose que le virus n'a pas intoxiqué d'emblée l'organisme. Les « syphilobes » introduits en un point de l'organisme se conduisent suivant l'ingénieuse comparaison de Gémy (Clinique de l'école d'Alger, 1887) comme un corps de débarquement, avec cette différence, qu'au lieu de demander des renforts à la mère-patrie, ils se les procurent eux-mêmes en proliférant. Le temps qui constitue la première incubation est donc employé par le parasite, à la reproduction sur place de l'espèce et à l'augmentation de la colonie. Dès que les parasites sont en nombre, l'attaque de l'organisme commence par le point de pénétration, et l'on voit se produire le premier des syphilomes, le chancre, accident local, indépendant de l'infection générale syphilitique (Leloir, Gémy). C'est la première étape du virus syphilitique dans sa marche vers l'infection générale.

Il n'entre pas dans notre cadre de relater les arguments qui ont été invoqués soit pour l'une, soit pour l'autre de ces théories; cependant nous tenons à faire remarquer que la seconde, que M. le professeur Leloir a énergiquement défendue, un des premiers en France, dans ses leçons sur la syphilis, peut considérer comme un argument de valeur le fait que nous avons rapporté. Si la vérole est générale au moment même où apparaît le chancre, pourquoi ce maximum de manifestations primitives au niveau du point infecté; pourquoi l'infection semble-t-elle partir du chancre, passer par les vaisseaux et ganglions lymphatiques pour envahir ensuite l'économie; pourquoi ces phénomènes généraux

du début de la période secondaire, indiquant un empoisonnement général; pourquoi enfin, dans le cas particulier, l'avortement ne s'est-il pas déclaré au moment où s'est montré le chancre, et a-t-il fallu attendre le choc pathologique déterminé par l'infection générale au début de la période secondaire? « Cette théorie est d'ailleurs complètement d'accord avec la pathologie générale. Inoculons par exemple un animal sous la peau, avec du virus tuberculeux; nous voyons également se prendre le ou les ganglions qui aboutissent au foyer d'inoculation, à ce tuberculome primaire, à ce chancre tuberculeux si bien décrit par Hippolyte Martin... J'ai souvent vu le chancre tuberculeux, tuberculose locale, première réaction du virus au point inoculé, ne se montrer qu'une huitaine de jours après l'inoculation. J'ai souvent vu dans mes expériences l'explosion de la tuberculose, plus ou moins généralisée, ne se montrer que six semaines et même plus après l'apparition du tuberculome primaire. » (Leloir. *Leçons sur la syphilis*, p. 168-169.) Ces faits sont aujourd'hui acceptés de tous. Pourquoi donc se refuse-t-on à admettre pour la syphilis ce qu'on admet pour la tuberculose, la tuberculose et la syphilis présentant une marche identique lorsqu'elles sont inoculées.

En résumé :

La syphilis, maladie générale et infectieuse, peut déterminer l'avortement, au moment même où éclate « le feu d'artifice de la période secondaire. » (Leloir.)

Elle paraît agir, dans ce cas, en produisant un empoisonnement général de l'organisme, empoisonnement qui, s'il est encore mal connu dans sa nature, est néanmoins incontestable.

Cette possibilité d'avortement impose donc à l'avenir au médecin une surveillance attentive des malades, et des mesures de précaution.

NOTA. — Cette malade est accouchée avant terme le 9 novembre 1888, à l'hôpital de la Charité, d'un enfant du sexe féminin, pesant 2 kilog. 500. Les mouvements actifs du fœtus avaient cessé depuis 2 jours. On n'a trouvé aucune altération visible du placenta. Au moment de son accouchement, la malade ne présentait aucune manifestation spécifique : l'induration chancreuse elle-même avait complètement disparu au bout de 3 semaines de traitement.

RECUEIL DE FAITS.

HOPITAL SAINT-LOUIS (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR FOURNIER).

ECTHYMA TÉRÉBRANT DE L'ENFANCE. RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

Par **G. BAUDOUIN** et **Louis WICKHAM**,

Internes des hôpitaux.

La jeune B..., qui entre, le 27 mai 1888, dans le service de M. le professeur Fournier, au n° 12 de la salle Henri IV, est une enfant de 19 mois, d'apparence délicate, pâle, un peu maigre, assez mal développée.

La mère, qui nous l'amène, est mariée depuis deux ans et demi, n'a jamais été malade, n'a pas eu d'autre enfant, ni fait de fausse couche. Chez elle, de même que chez son mari, qui s'est présenté à notre examen, nous ne relevons aucun tare pathologique. Pas de syphilis, pas de tuberculose, pas de scrofule. Pas d'antécédents héréditaires révélés du côté des grands-parents.

Notre petite malade n'avait rien présenté jusqu'à l'âge de 16 à 17 mois, quand, il y a deux mois environ, son œil droit devint rouge, un léger suintement séro-purulent s'écoula des paupières un peu gonflées; la mère nous dit avoir remarqué alors sur la cornée des taches rouges et blanches.

Quelle qu'ait été la nature de ces lésions, sur laquelle nous ne pouvons nous prononcer, elles s'amendèrent rapidement et disparurent à peu près sans traitement, ne laissant d'autre trace qu'un petit ptérygion de forme triangulaire, d'une couleur grisâtre opaline et très visible actuellement.

Il y a environ trois semaines, apparut, sur la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, une petite pustulette que la mère compare à un bouton de vaccin, et qui, en quelques jours, atteignit les dimensions d'une pièce d'un franc; la plaque ainsi formée était entourée d'une bordure rouge, tandis que le centre, desséché, était recouvert d'une petite croûte noire; elle était le siège d'une démangeaison intense, et, par le grattage qui en fut la conséquence, la croûte fut enlevée, laissant à sa place une petite ulcération qui n'a fait qu'augmenter depuis.

Autour de cette première lésion, d'autres semblables se sont développées à la même époque, sur la cuisse d'abord, gagnant ensuite le pli de l'aîne et la partie inférieure du ventre; toutes ont évolué simultanément, se sont ulcérées, puis réunies en une large plaque ulcéreuse.

Au moment de son entrée dans le service, la malade présente, dans le cuir chevelu, des lésions ecthymateuses formant trois plaques larges chacune envi-

ron comme une pièce d'un franc, recouvertes de croûtes jaunâtres, brunâtres même par places, molles, aplaties, et siégeant l'une sur la région occipitale gauche, les deux autres sur la région pariétale du même côté. En soulevant une de ces croûtes, on découvre au-dessous une excoriation d'apparence superficielle, peu excavée, sécrétant une très petite quantité de sérosité sanieuse un peu jaunâtre. Tout autour, la peau est rouge et forme une auréole de quelques millimètres de largeur. Ces lésions auraient débuté, nous dit-on, il y a une dizaine de jours environ.

Sur le ventre, deux pustules desséchées en apparence, recouvertes d'une croûte plate, noirâtre, entourées d'un petit cercle de peau rosée, siègent l'une au-dessous, l'autre un peu à droite du nombril. La première est large comme un petit pois, la seconde un peu plus petite.

Au-dessus du pli de l'aîne gauche et parallèle à lui, est une vaste ulcération, longue de 6 centimètres sur 3 centimètres de largeur. Le fond, peu excavé, en est irrégulier, de couleur peu vive, atone, non végétant; il présente l'aspect lisse d'un muscle pâle et décollé, et est à peine humecté par le suintement d'une sérosité rare et incolore. Les bords, taillés à pic, un peu irréguliers, présentent, par places seulement, une disposition légèrement cerclée.

Au-dessous de cette première ulcération et séparées d'elle seulement par une bandelette de peau altérée de 3 à 4 millimètres de largeur, il en existe deux autres présentant les mêmes caractères. L'une d'elle, plus irrégulière, envoie un long prolongement de 7 à 8 centimètres de longueur, traversant le pli de l'aîne et empiétant sur la cuisse. Tout autour de ces lésions, la peau altérée, mais non dénudée, forme une auréole d'un rose pâle, plus ou moins large suivant les points, et dont les limites extérieures se confondent insensiblement avec la peau saine. La partie de cette auréole qui borde sur l'aîne et la cuisse le prolongement ulcéreux dont nous avons parlé s'étend en un large placard criblé de nombreuses petites ulcérations grosses à peine comme une lentille, mais irrégulières, formant autant de petits cratères peu excavés et présentant, en réduction, la disposition générale des grandes ulcérations, avec des caractères de coloration, d'atonie, de suintement identiques. Elles sont si rapprochées les unes des autres, en certains points, qu'elles semblent près de se réunir pour former une seule et vaste plaie analogue aux précédentes; et ce qui justifie cette impression, c'est que les faibles travées de peau irritée et constamment baignée de sérosité qui les séparent paraissent trop altérées pour pouvoir opposer une résistance efficace à l'extension du processus ulcéreux.

Autour de ce dernier groupe, sur la circonférence de la zone de peau irritée, on remarque quelques petites pustules un peu plus grosses qu'un grain de millet, représentant comme l'avant-garde du processus pathologique qui, dans les parties plus anciennement atteintes, a abouti à la destruction des tissus. Pustules d'abord, puis ulcérations isolées, ponctiformes en quelque sorte, enfin vastes pertes de substance, en surface surtout, il est vrai, mais avec tendance à l'envahissement progressif, telles sont les différentes étapes de cette maladie, dont la manifestation la plus importante occupe à la fois le flanc et la région inguino-crurale. Cette vaste destruction des téguments, la mauvaise apparence des tissus dénudés, donnent un aspect véritablement effrayant à toute cette zone si profondément atteinte.

Un peu plus bas, sur la partie moyenne de la cuisse, sont quelques pus-

tulètes isolées, entourées chacune d'une petite auréole rosée; puis, au-dessous, est une ulcération ovulaire large comme une pièce d'un franc.

Enfin, immédiatement au-dessus du genou, deux autres ulcérations de même apparence, mais plus petites.

Sur le dos, on constate une pustule large comme une pièce de 20 centimes, recouverte d'une croûte noirâtre aplatie.

Toutes ces lésions semblent être le siège d'un prurit assez intense et d'une sensibilité assez vive au toucher, si on peut en juger, d'une part, par les tentatives incessantes que fait l'enfant pour se gratter, d'autre part, par ses cris de protestation et de douleur chaque fois qu'on cherche à l'examiner.

Mais ce sont surtout les vastes ulcérations du côté gauche qui sont le siège des plus vives manifestations douloureuses. Elles empruntent à leur localisation dans cette région une source d'irritation, d'exaspération incessantes: les mouvements d'extension, en effet, du membre sur le tronc, en tendant les téguments, exercent sur les parties malades des tiraillements des plus pénibles pour l'enfant, qui, instinctivement, y remédie en maintenant le membre constamment fléchi. Mais, dans cette attitude, les surfaces dénudées s'appliquent, s'accroissent les unes contre les autres, si bien qu'on ne parvient à les séparer, dans la suite, qu'au prix de déchirements qui sont, chaque fois, l'occasion de nouvelles exaspérations douloureuses. Si on joint à cela l'irritation fréquente résultant du contact des urines et des parties malades, on comprendra facilement l'état de souffrance générale et très accusé dans lequel est notre petite malade, son amaigrissement, sa pâleur excessive, en dépit de l'accomplissement normal, chez elle, des fonctions digestives; les mêmes causes réunies expliquent aussi suffisamment l'agitation assez vive que nous observons ici, et qui, se prolongeant pendant la nuit, empêche le sommeil.

Comme traitement, on prescrit: bain d'une heure, pansement des lésions cutanées avec la poudre suivante:

Iodoforme.....	1 gramme.
Talc.....	10 grammes.

29 mai. Pas de modification du côté des lésions cutanées. L'agitation des jours précédents a fait place à un abattement des plus accusés. Rien cependant à l'examen des viscères. Pas de fièvre le matin: température rectale 37°6. — Le soir, 38°8.

Même traitement.

30 mai. Les plaies ont un peu changé d'aspect, elles sont moins atones, presque bourgeonnantes même. Les pustules du dos sont plus sèches. La croûte du placard temporal est tombée et laisse voir une surface rose dénudée, peu végétante, mais moins creuse que les lésions de la cuisse.

Même traitement que les jours précédents auquel on ajoute, dans la journée, une pulvérisation phéniquée à 1/1000 et d'un quart d'heure de durée. Température rectale = le matin 37°8; le soir = 37°6.

31 mai. Pendant la nuit précédente, agitation plus violente que jamais. — Pas de fièvre cependant. Pas de lésions nouvelles.

Température rectale: 37° le matin; 37°6 le soir.

Traitement: Bain d'une heure. — Pansement avec la pommade suivante:

Vaseline.....	20 grammes
Talc.....	10 grammes
Oxyde de zinc.....	2 grammes
Iodoforme.....	0,25 centigrammes.
Acide phénique.....	

1^{er} juin. Modification notable de l'aspect des lésions : l'auréole qui entourait les ulcérations a disparu ; le fond de celles-ci est irrégulier, bourgeonnant, rouge ; le liquide qui s'en écoule est toujours peu abondant, mais jaunâtre, d'aspect plus purulent. — Pas de fièvre.

Même traitement externe ; on donne à l'intérieur un peu de sirop de quinquina.

A partir de ce jour, l'amélioration s'accroît progressivement et le 12 juin la petite malade quitte l'hôpital sinon complètement rétablie, du moins en voie de guérison. A ce moment, elle présente seulement un petit furoncle au-dessus du genou gauche, lésion qui nous semble n'avoir aucun rapport avec celles que nous avons décrites ici.

Il ne s'est pas reproduit de nouvelles lésions cutanées depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. Les plaques ulcérées du cuir chevelu sont encore recouvertes de croûtes molles, humides, aplaties, et sécrètent un peu de liquide séropurulent. Les lésions du tronc et des membres sont plus ou moins en voie de réparation. Des deux que nous avons signalées dans le dos, l'une est complètement guérie, et à sa place on ne voit plus qu'une cicatrice d'un rose violacé, également déprimée sur toute sa surface, comme taillée à l'emporte-pièce et régulièrement ovale ; la peau est finement plissée à son niveau.

La seconde pustule, plus petite, est encore recouverte d'une croûte noirâtre au centre et desséchée.

Sur l'abdomen, l'ulcération qui est résultée de la pustule située à droite de l'ombilic est en partie guérie : la cicatrisation s'y fait de la périphérie vers les parties centrales où on voit encore une zone bourgeonnante, grosse comme un grain de chènevis et recouverte d'une pellicule croûteuse destinée à tomber.

La plaque sous-ombilicale est complètement cicatrisée.

L'auréole rose, qui entourait les lésions du flanc et de la cuisse gauche, a disparu. Les petites ulcérations multiples qui la criblaient sur la cuisse, en dehors des ulcérations principales, sont réparées et la place de chacune d'elles est seulement marquée par une petite dépression cicatricielle.

Il en est de même des autres lésions situées sur les parties médiane et inférieure du même membre.

De sorte que les lésions principales seules n'ont pas encore accompli leur travail de réparation.

La grande ulcération supérieure du flanc gauche, considérablement réduite d'étendue, est encore recouverte à sa partie centrale d'une mince pellicule croûteuse, humide, sous laquelle on aperçoit une surface franchement bourgeonnante.

L'ulcération du pli inguinal présente aussi un aspect analogue ; mais la production un peu exubérante des bourgeons non encore cicatrisés forme en travers du pli inguinal un bourrelet qui, vraisemblablement, produira, dans la suite, une chéloïde. Avant le départ de la malade, on les réprime légèrement avec le nitrate d'argent. En même temps on prescrit de continuer les bains et les pansements avec la pommade iodoformée et phéniquée, ainsi que l'usage du sirop de quinquina, pour achever de relever l'état général qui, bien que déjà fort amélioré, est encore loin d'être satisfaisant. Depuis lors, nous n'avons plus revu notre petite malade, mais nous avons tout lieu de croire que le travail de réparation, qui s'était si franchement établi dans les manifestations cutanées pendant qu'il nous a été donné de l'observer, aura abouti à une parfaite guérison.

En tout cas, quelque incomplète que paraisse cette observation au point de vue de la terminaison définitive de la maladie, elle nous semble néanmoins très intéressante tout d'abord en raison de l'évolution même des lésions. Celles-ci, en effet, ont débuté sous forme d'éléments papulopustuleux aplatis, d'abord croûteux et secs, puis bientôt suintants et ulcéreux. Une fois constituées, les ulcérations se sont réunies, en certains points, comme au flanc et à la cuisse, pour en former de plus étendues, présentant par leur aspect général et leur tendance à l'extension périphérique une grande analogie avec des ulcérations dues au phagédénisme tertiaire. Cependant, en raison des caractères objectifs des lésions révélées par un examen minutieux, ainsi que de leur mode d'évolution, on rejeta l'hypothèse d'une origine syphilitique pour ranger cette affection dans la catégorie de celle désignée antérieurement par MM. Fournier et Lailler sous le nom d'*ecthyma térébrant de l'enfance*.

A l'instigation de M. le professeur Fournier, le liquide sécrété par les ulcérations de notre malade a été l'objet de recherches bactériologiques qui ont été faites par l'un de nous au laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.

Pour cette étude, nous avons employé le liquide purulent contenu en minime quantité dans les parties profondes des petits cratères disséminés au pourtour des grandes ulcérations. Ce pus a d'abord été examiné sur lamelles.

Étude sur lamelles. L'examen pratiqué suivant la méthode d'Erlich-Fraenkel, avec double coloration au bleu de méthylène, n'a pas montré de bacilles de Koch. La méthode de Gram avec décoloration soit par l'alcool, soit par l'huile d'aniline d'après le procédé de Weigert, n'a donné que des cocci, soit isolés, soit groupés deux à deux, soit en chaînettes. (Sur une préparation, cette dernière variété domine.) Enfin ni la méthode de Loeffler par la solution potassique de bleu de méthylène, ni le violet de méthyle 6 b, en coloration simple, n'ont donné d'autre résultat.

Cette recherche a donc montré la présence de cocci divers, et nous avons cherché à en préciser l'espèce.

Des ensemencements ont été pratiqués sur agar et sur gélatine en tubes et sur plaques.

Étude en tubes. — Cinq tubes de gélose peptone à 10/0, et trois tubes de gélatine peptone à 10 0/0, ont été employés. Le tableau suivant indique les résultats obtenus :

TABLEAU.

N ^o .	RÉSULTATS au troisième jour.	ISOLEMENT DES COLONIES.	RÉSULTATS DÉFINITIFS.
TUBES D'AGAR (mis à l'étude entre 30° et 40°).			
1	Culture impure.....	Ensemencements successifs, isolement de.....	1 ^o Staphylococcus pyogenes aureus. 2 ^o Bacterium termo.
2	Culture pure d'emblée...	Idem.....	Streptococcus.
3	Culture impure.....	Idem.....	Streptococcus. Staphylococcus pyogenes au- reus.
4	Culture pure d'emblée...	Idem.....	Streptococcus.
5	Culture pure d'emblée...	Idem.....	Streptococcus.
TUBES DE GÉLATINE (à la température ordinaire).			
1	Culture pure d'emblée...	Idem.....	Streptococcus.
2	Culture impure.....	Idem.....	Streptococcus.
3	Culture pure d'emblée...	Idem.....	Bacterium termo. Streptococcus.

Les recherches, ici, semblent avoir quelque signification de plus grande valeur. Elles indiquent : 1^o la présence du *bactérium termo* sur deux tubes, du *staphylococcus aureus* sur deux tubes, d'un *streptococcus* sur sept tubes ; 2^o la prédominance très marquée de ce streptococcus qui, sur huit ensemencements, s'est présenté cinq fois à l'état de culture pure d'emblée, dès le premier ensemencement et deux fois mélangé à d'autres micro-organismes.

Étude sur plaques. — Nos recherches sur plaques ont été le plus souvent entravées par l'envahissement rapide du *bactérium termo* ou *proteus*, liquéfiant la gélatine, obscurcissant l'agar. Parmi les autres colonies qui ont pu fructifier librement, nous avons constaté le *staphylococcus aureus* et le *streptococcus* ; ce dernier ne prédomine pas, il est vrai ; mais, comme il est long à se développer, on conçoit qu'il ait le plus souffert de l'envahissement du *proteus*. D'ailleurs, sur deux plaques d'Agar, où le dernier avait peu fructifié, il y avait un plus grand nombre de colonies de *streptococcus*. Une plaque a montré deux colonies d'un *staphylococcus* présentant tous les caractères du « citreus ». Nous n'avons pu remarquer aucune autre espèce de micro-organisme pathogène.

En considérant l'ensemble de ces faits, on voit : 1^o que ce sont des micrococci, à l'exclusion de tout autre micro-organisme, que nous avons trouvés ; 2^o que parmi eux un streptococcus s'est montré de beaucoup prédominant.

Il nous a semblé nécessaire de bien déterminer son espèce par l'étude de ses caractères.

Étudié sur lamelles, par coloration simple, et avec l'objectif à immersion à 1/12 de Leitz, et l'oculaire n^o 1, il s'offre, au troisième jour de culture sur gélatine, sous l'aspect de chaînettes, de quatre à dix grains et plus, disposés suivant des lignes droites ou courbes. Ceux-ci dans la même chaînette présentent des dimensions suffisantes. Leur forme arrondie s'allonge parfois, devenant légèrement ovalaire. Dans une même chaînette, les cocci ne sont pas toujours séparés par un intervalle égal, de sorte qu'ils y parais-

sent groupés par deux ou par trois. Au dixième jour, les cocci, dans les chaînettes, sont plus nombreux, plus inégaux, dans leurs dimensions, plus irrégulières dans leur forme qui, parfois, peut être nettement ovale. Il arrive souvent qu'aucun intervalle ne les sépare. Plus tard, ces caractères s'accroissent et au quarantième jour on voit quelques chaînettes dont les grains sont presque fusionnés.

Sur *agar en tubes* et sur *plaques* à 38°, il cultive lentement et, au 5^e jour, il produit des colonies claires, grisâtres, de la dimension d'une pointe d'épingle siégeant de préférence à la profondeur.

Étudié sur gélatine, il offre ce caractère tout particulier de ne déterminer aucune liquéfaction.

À la suite de piqûres verticales profondes sur gélatine, il ne produit que peu d'éléments à la surface, souvent il n'en produit aucun; mais au-dessous on le voit former des traînées verticales de petites colonies en fines granulations. Vers le 20^e jour, il semble que les colonies ont cessé de s'accroître.

Les cultures de 45 jours ont perdu leur vitalité et ne peuvent reproduire de nouvelles colonies.

Sur *bouillon sucré peptonisé*, il se forme rapidement en 3 jours, au milieu du liquide resté clair, de nombreux flocons légers, nuageux et blanchâtres. Lorsqu'on agite le ballon, les diverses colonies semblent se mélanger intimement au liquide; mais, par le repos, elles se condensent de nouveau dans le fond, laissant le bouillon absolument clair.

Examiné au microscope, le streptococcus, cultivé de cette façon, apparaît sous forme de très longues chaînettes, entrelacées, caractéristiques, formées de la réunion de grains extrêmement nombreux.

Inoculé à l'oreille d'un lapin, ce streptococcus produit, le 2^e jour, une plaque rosée diffuse qui disparaît le 5^e jour, laissant persister quelquefois des points nodulaires indurés, de la dimension d'un pois, qui ne sont autres que des abcès circonscrits. L'injection sous-cutanée pratiquée sur le dos d'un lapin produit un petit abcès circonscrit, à surface rosée qui se résorbe et disparaît vers le 12^e jour. L'état général du lapin ne paraît nullement atteint.

D'après ces caractères, il nous est permis de reconnaître, dans notre streptococcus, le *streptococcus pyogenes* du plegmon décrit par Rosenbach et bien étudié, entre autres, par Darier (1). Nous avons fait de ces micro-organismes de nombreuses cultures comparatives; or, elles ne nous ont donné de différences que sur agar, où les colonies de notre streptococcus se sont développées plus lentement.

Conclusions. — Cette étude nous permet donc de constater la présence de beaucoup prédominante, du *streptococcus pyogenes* dans un cas d'ecthyma térébrant. Quel y a été son rôle? S'est-il montré agent actif ou accessoire? Étant donné le caractère bien connu du streptococcus pyogenes, d'envahir rapidement les vaisseaux lymphatiques et de déterminer des lymphangites suppurées, nous serions disposés à admettre que, dans ce cas, où rien de semblable ne s'est produit, il n'a joué qu'un rôle accessoire. Mais, si des recherches ultérieures, dans des cas ana-

(1) Société de biologie, séance du 7 novembre 1885.

logues, montrent à nouveau, d'une part l'absence d'un micro-organisme spécial capable de déterminer le caractère térébrant de certaines ulcérations, d'autre part, la présence abondante du streptococcus pyogenes, on sera admis à penser que ce micro-organisme, dans certaines conditions, peut jouer un rôle actif dans la production de ces formes térébrantes. Pour compléter nos recherches, et en vue d'une semblable hypothèse, nous avons essayé à plusieurs reprises de déterminer le caractère térébrant par l'injection de notre streptococcus sous les bords d'une ulcération produite sur le dos d'un lapin ; mais les résultats ont toujours été négatifs.

REVUE GÉNÉRALE.

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA PELADE,

Par **P. MERKLEN**, médecin des hôpitaux.

Les lecteurs des *Annales* connaissent déjà le rapport que M. Ernest Besnier a communiqué à l'Académie de médecine dans sa séance du 31 juillet 1888, sur l'étude des mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade. A côté d'une histoire critique complète et impartiale des opinions émises sur son étiologie et sa nature, ce travail présente une partie neuve et toute personnelle : c'est d'abord la démonstration irréfutable de la transmissibilité de la pelade ; puis une conception pathogénique nouvelle qui a su réunir les deux champions, en apparence irréconciliables, des deux théories parasitaire et trophonévrotique ; enfin, comme conclusion, une série de mesures prophylactiques que l'Académie a consacrées par une unanime approbation. Ainsi se trouve close l'importante discussion provoquée à l'Académie de médecine par la communication de M. Ollivier (8 février et 7 décembre 1887) sur la *pelade et l'école*, communication dont le but était de faire reviser les règlements existants sur l'exclusion trop rigoureuse des sujets atteints de pelade, et de renverser les notions courantes sur la contagion de cette affection. Le moment est donc venu d'établir le bilan des progrès réalisés dans son étude et de fixer l'état de la question.

I. — Dans une revue faite en 1880, nous avons établi et discuté les deux théories professées par les dermatologistes sur l'étiologie de la pelade, théorie parasitaire et théorie trophonévrotique. Après avoir montré les obscurités et les desiderata de l'une et de l'autre, nous avons conclu que la pelade semblait bien être le résultat d'un vice de nutrition du cuir chevelu, mais que la cause de cette dégénération restait à trouver. Depuis cette époque, les deux théories ont été tour à tour confirmées ou ébranlées par les investigations microscopiques, mycologiques et par les expériences de laboratoire, sans qu'aucune conclusion ferme ait survécu à ces patientes et laborieuses recherches. Et sans doute les mêmes incertitudes régneraient sur l'étiologie de la pelade, si l'obser-

vation clinique n'était venue apporter quelque lumière dans cette difficile question.

Un premier fait ressort de la discussion de l'Académie, c'est que la contagiosité de la pelade ou du moins d'un certain nombre de cas de pelade ne saurait plus être niée. Déjà, dans un intéressant travail paru au cours de cette discussion, G. Thibierge a réuni un nombre respectable de cas où la transmission par contagion paraît incontestable. Depuis cette époque, de nouveaux faits non moins démonstratifs ont été signalés.

M. Hardy (1) a rapproché de l'épidémie de régiment observée par M. Coutan, à Montpellier, deux épidémies de collège qui, comme la première, ont coïncidé avec l'emploi de la tondeuse. A Amiens, en 1883, une cinquantaine d'enfants furent atteints, dans un collège de 400 jeunes gens, et une épidémie du même genre se serait récemment produite à Nancy. D'autre part, M. Hardy a cité plusieurs observations personnelles où la contagion a été évidente; la plus remarquable est celle d'un enfant de neuf ans, placé en classe auprès d'un peladeux et gagnant sa maladie; cet enfant est envoyé à la campagne dans une ferme et les deux enfants du fermier, avec lesquels il jouait aux soldats et qui échangeaient souvent leurs coiffures, sont atteints de la même affection.

Sur 42 cas de pelade, M. Leloir (2) a pu constater 24 fois l'origine contagieuse, et l'un de ces faits est particulièrement convaincant :

M. X..., vingt-six ans, de très belle santé apparente, est atteint depuis trois ans de pelade de la barbe. Il consulta M. Leloir en 1885, parce que la pelade avait envahi son cuir chevelu. Quelques mois après, il amenait son ami intime qui partageait le même logement que lui, ami atteint depuis plusieurs semaines d'ilots de pelade achromique du cuir chevelu. Plusieurs mois après, cet ami venait à son tour amener sa maîtresse, atteinte depuis quelques jours d'ilots de pelade achromique. Mais ce n'est pas tout. Avant de consulter M. Leloir, X... avait été passer chez lui les vacances de Pâques. Il n'avait pris aucune précaution, se servant des peignes, brosses, etc., de ses parents, de ses frères et de ses sœurs. Plusieurs mois après son retour des vacances X... vint déclarer que sa mère, un de ses jeunes frères et sa plus jeune sœur étaient atteints de pelade.

La récente épidémie de pelade observée dans divers casernements du régiment des sapeurs-pompiers de Paris est encore faite pour dissiper les doutes. Défalcation faite des cas douteux, le nombre des hommes vraiment atteints a été fixé à 20, et, chose à noter, aucun incident professionnel grave ne reliait la pelade à une condition nerveuse; deux seulement des hommes atteints avaient assisté à l'incendie de l'Opéra-Co-

(1) *Acad. de méd.*, 20 décembre 1887.

(2) *Acad. de méd.*, 26 juin 1888.

mique. D'ailleurs nous ne saurions mieux faire que de reproduire les observations très impartiales présentées sur cette épidémie par M. Léon Colin (1) dans son rapport au ministre de la guerre, rapport également communiqué au Conseil d'hygiène de la Seine :

« Cette petite épidémie nous semble fournir l'argument le plus convaincant en faveur de la contagion de la pelade, précisément par la prédominance de l'affection parmi les sapeurs-pompiers, c'est-à-dire dans le régiment de Paris qui, par sa dissémination sur l'ensemble de la ville, est en rapport le plus intime avec la population civile, régiment où, en outre, du fait des obligations du service, les hommes sont plus particulièrement exposés aux dangers de la contagion mutuelle, les sapeurs-pompiers étant chaque soir dispersés, soit par unités, soit par petits groupes, en des postes où la même litière, et en particulier le même traversin, leur est successivement affecté.

« Le rôle intermédiaire de ce dernier objet de couchage semble d'autant mieux avoir été prédominant, que la majorité des hommes atteints, comme l'ont observé avec nous nos savants collègues de l'hôpital Saint-Louis, le sont à la partie postérieure du crâne ou de la nuque.

« Ceci soit dit sans prétendre réduire à néant l'influence qu'a pu avoir ici comme dans les autres corps de troupes, l'usage de certains objets communs, notamment de la tondeuse. »

Enfin M. E. Besnier, indépendamment de divers cas déjà cités au cours de la discussion, mentionne dans son rapport deux observations nouvelles tout à fait convaincantes :

Un jeune enfant, atteint d'une plaque de pelade, sort pour raison extra-médicale d'un collège où on l'avait accepté muni d'un certificat de médecin constatant que sa maladie n'était pas contagieuse ; grâce à ce document, il est admis dans une pension particulière, où il contamine rapidement son voisin de classe et d'étude, avec qui ils échangent continuellement de coiffure...

Un élève d'une école très connue de Paris, où il était conservé malgré une plaque de pelade, revient dans sa famille où, manquant de lits, on le couche avec un frère plus jeune sur un même traversin sans oreiller. L'arrivant portait une plaque de pelade à l'une des régions latérales du cuir chevelu ; trois semaines après, le frère avait une plaque de pelade au point de contact homologue. Les enfants n'avaient couché que deux jours ensemble.

II. — Rapprochés de ceux déjà signalés dans la revue de G. Thibierge, des cas de pelade contractés à l'hôpital Saint-Louis par des étudiants soignant les peladeux, cas observés par M. Fournier (2), enfin de la petite épidémie du lycée de Vanves rappelée par M. Bucquoy (3), les faits de contagion qui précèdent ne sauraient laisser de

(1) Conseil d'hygiène de la Seine, 22 juin 1888.

(2) Acad. de méd., 27 décembre 1887.

(3) *Idem*.

doute sur la transmissibilité de la pelade. Mais, à côté de ces faits positifs, combien y en a-t-il où l'enquête la plus approfondie ne révèle aucune origine contagieuse? On peut dire que c'est le plus grand nombre, et cela explique l'opposition qu'a rencontrée et que rencontre encore la doctrine de la contagiosité de la pelade.

C'est que la plupart des peladiques ne peuvent donner le moindre renseignement sur l'origine de leur mal et la principale cause de leur ignorance résulte du caractère presque toujours indirect de la contagion : « Les objets de toilette, les ustensiles du coiffeur, les coiffures échangées, les oreillers, traversins, dossiers de meubles, appuis de tête dans les voitures publiques, chez le barbier ou le dentiste, etc., voilà de l'aveu unanime les agents de transport du contagement peladique les plus habituels. » Cette nomenclature pourrait être facilement enrichie si l'on entrait dans le détail. Nous avons récemment observé un cas de contagion par un porte-manteau auquel un peladique et un sujet sain suspendaient leurs chapeaux : ce dernier fut rapidement contaminé. M. Hardy avait signalé dans sa communication des faits analogues : pendant l'épidémie de Montpellier, plusieurs élèves militaires, mangeant à la même pension, furent successivement atteints de pelade ; ils attribuèrent la propagation de leur maladie aux pères du porte-manteau sur lesquelles ils plaçaient leurs képis ; la maladie cessa de faire de nouvelles victimes quand chacun eut sa patère spéciale. Un maître d'armes se présentait dernièrement à l'hôpital Saint-Louis avec une pelade occupant la région du cuir chevelu où s'applique l'anneau du masque d'escrime et ce malade pensait avec raison que son masque avait été contaminé par quelqu'un de ses élèves. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et, comme le dit M. Besnier, « c'est par le perruquier commun, opérant sans entr'actes sur des séries de sujets, que se transmet le plus souvent la pelade, partout, mais surtout au collège ou au régiment, et cela peut prendre de grandes proportions sous l'action de la coupe mécanique moderne, faite à main accélérée, à l'aide de la tondeuse ».

C'est sans doute parce que les femmes n'ont qu'exceptionnellement recours au coiffeur, comme aussi parce qu'elles ont habituellement la tête couverte que la pelade est chez elles plus rare que chez l'homme. Pendant une suppléance de trois mois que nous venons de faire à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Besnier, nous avons mis en traitement 50 nouveaux cas de pelade, et sur ces 50 peladiques, il n'y avait que 15 femmes dont 5 fillettes au-dessous de 15 ans. Plusieurs de ces femmes s'étaient fait coiffer ou nettoyer la tête par un coiffeur peu avant l'apparition des plaques alopéciques. Des 35 peladiques hommes, dont 9 âgés de moins de 15 ans, 11 avaient vu l'affection débiter par la

barbe, chiffre également intéressant, puisque tous ces malades reconnaissent s'être fait habituellement ou exceptionnellement raser ou couper la barbe par un coiffeur.

La pelade n'est d'ailleurs pas fatalement contagieuse, et si les irrégularités que l'on rencontre à cet égard sont parfois inexplicables, il est certaines immunités dont la cause paraît établie. On sait que les sujets à cheveux courts, bien lavés et soignés sont moins exposés que les femmes, les religieuses surtout dont la tête est habituellement couverte, ne contractent qu'exceptionnellement la pelade, enfin, et c'est là un fait intéressant au double point de vue de la doctrine et de la prophylaxie, que les peladiques en traitement et bien tenus ne transmettent que rarement leur affection.

III. — De ces faits et de ces considérations découlerait tout naturellement l'affirmation définitive et catégorique de la nature parasitaire de la pelade, si n'étaient les résultats toujours encore négatifs des recherches micrographiques et mycologiques, si n'étaient, d'autre part, certaines particularités cliniques qui semblent donner gain de cause aux partisans de la pelade trophonévrose.

Depuis notre revue de 1880, le parasite de la pelade a été l'objet de nombreuses recherches. On a cru l'isoler, le cultiver, l'inoculer, mais tout cela pour arriver à cette conclusion négative que les microphytes de Malassez et Courrège, de Thin, de V. Sehlen, de Robinson ne sont ni spécifiques, ni pathogènes. D'ailleurs, et c'est là une des considérations les plus neuves et les plus importantes du rapport de M. E. Besnier, les altérations histologiques du poil peladique sont telles qu'on ne saurait plus incriminer un parasite agissant directement sur le poil à la manière de ceux de la trichophytie ou du favus.

Si l'on examine au microscope le cheveu peladique « on relève d'abord les phénomènes principaux déjà indiqués à l'œil nu, c'est-à-dire la déformation et l'effilement de la racine, puis un ou plusieurs renflements au niveau desquels le poil semble éclaté en roseau, enfin l'extrémité libre, brisée au niveau d'un renflement, ou sans renflement, est disposée en pinceau, épiée. Tous ces caractères n'indiquent rien autre chose que l'athrepsie du poil, son atrophie radiculaire, et tous les autres que l'on peut encore retrouver : pointillé brun ou noir le long du canal médullaire, disparition de la moelle, infiltration de bulles d'air, etc., sont du même ordre, vitaux, nécrobiotiques... » Ces mêmes phénomènes d'athrepsie du poil se retrouvent quand on examine des fragments de peau pris sur le vivant au niveau d'une plaque de pelade. M. Balzer a fait à cet égard une constatation de la plus haute importance : sur un fragment de peau excisé au niveau d'une plaque de pelade du pubis datant de six mois, cet observateur a remarqué que l'alopecie n'était pas complète en

réalité, que les follicules pileux étaient atrophiés, mais qu'au centre de chaque follicule pileux on trouvait encore un poil mal développé, mince, fendillé, sans bulbe, sans cavité médullaire, mais enfin un poil. Aussi conclut-il qu'il n'y a pas arrêt total du développement des poils, mais seulement un trouble profond dans leur évolution. Et cette supposition est absolument confirmée par l'observation clinique, car M. Besnier affirme avec preuve à l'appui que cette vie latente du poil peut persister pendant toute une série d'années.

Quoi qu'il en soit, ce qui ressort de l'étude histologique du poil peladique, c'est qu'il présente des lésions trophopathiques et non des lésions de parasite. Or ces lésions trophopathiques impliquent un trouble portant son action sur la papille pileuse elle-même. « Alors même que l'agent spécifique qui produit l'alopecie peladique serait découvert, on ne pourrait comprendre les altérations du poil qu'en en reportant l'action sur la papille pileuse elle-même, sur la partie vivante. Dans les formes les plus certainement contagieuses, on observe cette rapidité du processus nécrobiotique qui sidère le poil et amène en quelques jours sa chute et la suspension secondaire de la fonction pileuse, et, enfin, le phénomène si extraordinaire de la continuation indéfinie de cette suspension, ce qu'on n'observe dans aucune des maladies où le microphyte s'attaque au poil directement. »

IV. — Cela étant, la théorie trophonévrotique de la pelade se représente immédiatement à l'esprit et l'on doit se demander quels sont les faits à son actif, comme aussi par où elle pêche. Nous avons antérieurement discuté ces questions, et dans sa récente revue, G. Thibierge a rappelé les faits de MM. Ollivier et E. Gaucher, partisans de la théorie trophonévrotique, ainsi que les expériences de M. Joseph, expériences confirmées par Mibelli, qui semblent lui donner gain de cause. Nous renvoyons à cet excellent travail pour leur exposé et leur critique. Deux considérations tirées de l'étiologie semblent au premier abord favorables à la théorie nerveuse : d'abord la nervosité particulière depuis longtemps signalée par M. Lailler chez les peladiques, ensuite les émotions morales parfois invoquées par les malades comme cause de leur alopecie.

On ne saurait méconnaître que le nervosisme favorise le développement de la pelade, mais encore ne faut-il pas exagérer la fréquence et l'importance de cette prédisposition. En réalité, l'impressionnabilité, l'irritabilité de caractère, sont des conditions étiologiques banales que l'on retrouve dans les affections les plus diverses. Et d'ailleurs, la rareté relative de la pelade chez la femme ne vient-elle pas immédiatement donner un démenti aux auteurs qui insistent sur la valeur de cette prédisposition. Enfin, celle-ci est loin d'être constante; sur nos 50 cas de pelade, elle n'est mentionnée que 18 fois. Quant au rôle du choc nerveux, il a été

certainement exagéré. A la vérité, M. Leloir a rapporté dans son importante communication à l'Académie de médecine, un certain nombre de faits où la pelade se manifesta, 8, 10, 12 et 15 jours après des émotions morales vives, et ces observations ne sauraient être négligées. Mais cette étiologie est certainement exceptionnelle ; « l'enquête attentive, dit M. Besnier, que je poursuis publiquement depuis un grand nombre d'années sur toutes les catégories de pelades, celle que j'ai reprise plus étroitement depuis la discussion du mois de décembre 1887, établissent que, dans la grande majorité des cas, la nervosité du sujet mise à part, aucun choc physique ou moral de valeur réelle n'est observé, et que la même étiologie banale pourrait être recueillie dans les séries les plus diverses d'affections morbides.

« Si l'on considère enfin que les affections douloureuses ou névrosiques si variées qui frappent les parties pilaires de la tête, même les plus intenses ; que les maladies mentales et nerveuses qui envahissent aujourd'hui la pathologie par tous les côtés à la fois, existent dans l'immense majorité des cas sans léser le système pilotrophique ; que la pelade n'est, en fait, qu'une très rare exception au milieu des traumatismes sans nombre qui attaquent le cuir chevelu, on comprendra combien il est peu absolu de conclure, *ipso facto*, de la préexistence ou de la coexistence de lésions physiques ou de commotions morales, à la production de toutes pièces des affections peladiques communes que l'on rencontre à chaque pas. »

Il n'en est pas moins vrai, pour en revenir au rôle du système nerveux dans la pelade, que le mécanisme de cette alopecie ne peut actuellement se comprendre que par son intervention. Ce mécanisme consisterait, d'après M. Besnier, dans une sorte de parésie fonctionnelle de la papille pilaire, parésie qui, seule, peut expliquer les lésions atrophiques du poil. Mais quelle est la cause de cette parésie ? Jusqu'à présent, on n'a pas trouvé de lésion nerveuse susceptible de la produire. M. Leloir ayant pu examiner l'état de la peau au niveau de plaques de pelade chez des sujets morts d'affections intercurrentes, a constaté que, dans un cas, les nerfs cutanés présentaient les lésions de la névrite dégénérative atrophique, mais que dans l'autre, ils étaient absolument sains ; ces deux résultats s'annulent donc l'un l'autre. Un simple trouble fonctionnel, tel qu'il résulterait d'un choc physique ou moral, ne saurait expliquer ni la longue durée et la ténacité de la pelade, ni surtout les altérations pilaires propres à cette affection. Si, en effet, dit justement M. Besnier, une alopecie survenant immédiatement après une émotion, dépend réellement de cette cause, le poil subitement séparé de sa papille doit être comme un poil arraché, et ne saurait présenter les lésions atrophiques du poil peladique, lesquelles, bien qu'à marche aiguë, ne peuvent être instan-

tanées. Aussi y a-t-il lieu de récuser d'avance toute observation de pelade nerveuse instantanée ou très rapide, dans laquelle on n'aura pas déterminé l'état histologique du poil.

V. — Si la pelade se distingue des teignes par les altérations qu'elle détermine du côté des poils, elle s'en rapproche par un certain nombre de caractères qui ne permettent guère de la ranger dans la catégorie des trophonévroses vraies. « La fréquence de la maladie, ses variations selon les temps et les lieux, les foyers qu'elle forme dans un même point ou dans des agglomérations d'un même ordre, la facilité avec laquelle on supprime ces foyers par des mesures de prophylaxie propres à toutes les teignes, la certitude de sa transmissibilité sous conditions, et enfin l'inégalité de sa répartition géographique, concourent à montrer que la doctrine de la trophonévrose pure n'est applicable qu'à certaines pelades, et non à la pelade vulgaire. »

L'inégalité de répartition géographique, caractère de toutes les maladies à contagion, est très accentuée dans la pelade comme dans les teignes; M. Besnier donne à cet égard des chiffres démonstratifs. Tandis qu'à Paris et à Lille (Leloir), on compte environ trois peladiques sur cent malades atteints d'affections cutanées, cette proportion tombe à 0,6 0/0 à Lyon, à 0,5 0/0 à Hambourg, (Unna); à Vienne, Kaposi estime qu'elle s'élève à 1,5 0/0 dans la clientèle de la ville, tandis que, d'après le relevé des cas observés à la polyclinique dermatologique, H. Hebra n'arrive qu'à 0,6 0/0. Il résulte encore des relevés faits par cet observateur, que la proportion des pelades va croissant depuis 1874, où elle n'était que de 0,4 0/0; en 1882, elle ne dépassait pas ce chiffre, mais, depuis 1883, elle s'est toujours maintenue à 0,6 0/0 ou au-dessus. A Berlin, Schweninger et Kœbner donnent comme proportion 1 0/0, tandis que Lassar arrive à 2,05 0/0. Enfin, Lesser à Leipzig compte 0,7 0/0 de pelades pour sa polyclinique, et 2 0/0 pour sa pratique privée, cela en relevant les cas observés de 1882 à 1888. En résumé, les écarts de proportion varient dans la mesure de 1/2 à 3 0/0, chose assez inexplicable dans l'hypothèse d'une affection purement trophonévrotique.

Non moins remarquable que l'inégale répartition géographique, est la variabilité de la pelade dans un même pays. A cet égard, les rapports officiels sur la pelade dans l'armée de terre et de mer en France, sont particulièrement instructifs. A Cherbourg, on signale cette année huit peladiques, dont quatre musiciens et un soldat du 136^e de ligne, alors que, dans les cinq dernières années, on n'avait observé que trois cas de pelade pour troupes de toute catégorie. A Brest, en 1887, on a noté six peladiques adultes et dix aux pupilles de la marine. Pour l'armée de Paris, l'enquête faite au mois de juin 1888 n'a donné que 58 cas dont les 20 du régiment de sapeurs-pompiers; des 38 autres, 28 sont groupés comme

suit : 4 à la garde républicaine, 3 au 39^e de ligne, 6 au 19^e escadron du train des équipages (plus 2 anciens), 4 à la 22^e section de commis et d'ouvriers d'administration, 5 au 1^{er} régiment du génie à Versailles, 6 au 3^e régiment de cuirassiers. Ce groupement et l'immunité de certains corps de troupe semblent bien indiquer, comme l'a dit M. Léon Collin, que l'on ne saurait invoquer pour la pelade une étiologie banale et commune, mais qu'elle résulte d'une cause spécifique.

VI. — En définitive, la pelade, qui se présente avec les allures d'une trophonévrose, est aussi et incontestablement une affection transmissible; dès lors la conclusion à laquelle arrive M. Besnier nous paraît à la fois la plus vraisemblable et la plus rationnelle. « La contradiction au premier abord si flagrante, qui existe entre ceux qui ne voient dans la pelade que la cause nerveuse et ceux qui y joignent la condition d'un agent intrinsèque de contagion est plus apparente que réelle, et la croyance à un certain rôle du système nerveux n'exclut pas plus l'action d'un agent transmissible qu'elle ne le fait dans la rage, par exemple, où la nervosité accidentelle ou habituelle du sujet a une importance égale, sinon supérieure. » Cet agent, quel est-il, et comment agit-il ? Nous l'ignorons aussi profondément que celui de la rage et de la syphilis, mais il faut chercher ailleurs que dans le poil lui-même la raison de la parésie fonctionnelle de la papille pileaire, parésie qui paraît être le phénomène primitif et capital de la pelade.

Voilà trouvé, dit M. Besnier, un terrain de conciliation sur lequel pourront se rencontrer les deux théories opposées. Mais, que devient alors la théorie mixte qui semblait, depuis Bazin, être celle de la plupart des dermatologistes français et d'après laquelle la pelade est tantôt contagieuse et probablement parasitaire, tantôt non contagieuse et d'origine purement nerveuse ? Cette doctrine nous paraît désormais difficile à soutenir, car, comme le disait G. Thibierge à la fin de sa revue, la logique et les lois de la nosologie ne permettent pas d'admettre qu'une même maladie puisse reconnaître à la fois deux causes aussi différentes. M. Hardy a été à cet égard très catégorique; la marche, les symptômes, les caractères objectifs des deux variétés de pelades étant les mêmes, l'ancienne division ne saurait être maintenue. En dépit des obscurités et des irrégularités que présente encore l'histoire de la pelade, il nous semble donc nécessaire et légitime de la considérer désormais comme une maladie une, nettement définie par ses symptômes, quelques simples qu'ils soient, et par les altérations microscopiques et histologiques du poil, maladie reconnaissant comme cause principale, la contagion. Qu'il existe d'autres alopecies simulant la pelade et dont la cause est différente, tout le monde l'admet, et l'histoire de ces pseudo-pelades est en train de se faire, ainsi qu'en témoignent les récents travaux de

M. Quinquaud et de M. Brocq. C'est une question à l'étude, mais cette étude sera d'autant plus fructueuse qu'on s'attachera à rechercher minutieusement et pour chaque cas, avec sa cause probable, les particularités cliniques et surtout les altérations pilaires qui le distinguent de la pelade vulgaire. En mettant en évidence l'importance de ces altérations et la fréquence de la contagion, M. Besnier a facilité la tâche des dermatologistes qui possèdent désormais un terrain de recherches tout préparé et un point de départ aussi sûr qu'il est possible de le demander, en l'absence du parasite témoin.

VII. — Le rapport de M. Besnier se termine par l'exposé des mesures à prendre à l'égard des peladiques. Il passe successivement en revue les mesures de prophylaxie générale ayant pour but de protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade, et les mesures de prophylaxie spéciale variables suivant les conditions d'âge, de milieu, etc.

Il importe en premier lieu de prévenir les contacts immédiats en maintenant couverte la tête des peladiques ou au moins en oblitérant exactement la surface malade. Le sujet peladique régulièrement soigné représentant le minimum possible de danger pour les sujets sains, l'exécution d'un traitement rationnel (lavages quotidiens, cheveux tenus courts, barbe rasée ou coupée rase, applications médicamenteuses) rentre dans la prophylaxie générale de la pelade, et ce traitement devra être continué longtemps après la guérison confirmée. En troisième lieu, on s'attachera à mettre les sujets sains à l'abri du contact avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades des peladiques; on interdira l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie et des objets de toilette. Cette recommandation serait utilement faite aux coiffeurs pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, et dans les agglomérations où la tondeuse est en usage; celle-ci sera momentanément abandonnée dès qu'on aura constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert. Enfin, tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits; cette mesure est nécessaire même pour le peladique, qui peut être réinfecté par ses propres coiffures.

Les mesures de prophylaxie spéciale varieront suivant diverses conditions que M. Besnier détermine avec toute la précision désirable.

Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non-admission, l'exclusion ou l'isolement effectif seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la

condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées, enfin ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques alopeciees ne permettront pas d'en faire l'occlusion effective.

Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues. La récréation et l'étude en commun sont soumises à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Les élèves auront la tête couverte par une perruque, si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, ou un bonnet dans les cas moins intenses.

Pour les internats, écoles supérieures, écoles spéciales, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement que dans les conditions de l'article précédent par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non-admission ou l'exclusion temporaire que rarement et pour des cas particulièrement intenses.

Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de mer et dans l'armée de terre.

Les hommes reconnus peladiques sont envoyés à l'hôpital. Les suspects sont momentanément isolés et mis en observation en même temps que l'on prend toutes les mesures de désinfection et de prophylaxie appropriées : nettoyage de la tête, suspension de l'usage de la tondeuse, flambage des ciseaux du perruquier après chaque opération, interdiction des échanges de coiffure, objets de toilette particuliers à chaque homme, surveillance des lits de camp, etc.

Les mesures conseillées par M. Besnier et approuvées par l'Académie sont déjà en voie d'exécution, car, par une récente circulaire aux préfets et aux recteurs, le ministre de l'Instruction publique en a recommandé l'application. Elles sont d'autant plus opportunes, que les cas de pelade deviennent plus nombreux et qu'il est manifestement nécessaire que tout médecin sache en diriger le traitement et la prophylaxie. Le travail dont nous n'avons pu faire connaître que les principaux points sera donc doublement utile et aux praticiens et aux observateurs désireux de faire de nouvelles recherches.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

COMPTE RENDU DES THÈSES DE DERMATOLOGIE, SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS ET A LA FACULTÉ DE LILLE, PENDANT L'ANNÉE 1887-1888,

Par **Georges THIBIERGE.**

(Suite.)

- I. — LEUCOPLASIE ET CANCROÏDES DE LA MUQUEUSE VULVO-VAGINALE, par G. BEX (7 décembre 1887).
- II. — DU CANCER PRIMITIF DE LA RÉGION CLITORIDIENNE, par J. DAURIAC (28 juin 1888).
- III. — DE L'ÉPITHÉLIOMA VULVAIRE PRIMITIF, par J. MAUREL (19 juillet 1888).
- IV. — DE L'ECZÉMA SÉBORRHOÏQUE, par E. DE SENNEVILLE (8 mai 1888).
- V. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DERMITES PROFESSIONNELLES. — DE L'ECZÉMA DES FILEURS ET VAROULEURS DE LIN, par C. LEFEBVRE (*Thèse de Doctorat*, Lille, 1888).
- VI. — DES GALES ANORMALES, par A. HEEM, (*Thèse de Doctorat*, Lille, 1888).
- VII. — DES ÉRYTHÈMES POLYMORPHES ET DES NODOSITÉS PSEUDO-RHUMATISMALES ÉPHÉMÈRES SURVENANT CHEZ LES SYPHILITIQUES, par H. TESTU (*Thèse de Doctorat* Lille, 1888).

I. — Les observations de leucoplasie vulvo-vaginale sont encore assez rares pour qu'il soit impossible de donner une description définitive de cette lésion. Aussi l'auteur de cette thèse s'est-il borné à montrer ses analogies avec la leucoplasie buccale. Les taches qui la constituent sont d'abord opalines, transparentes, puis peu à peu la couche épidermique s'épaissit et devient opaque, présentant une coloration blanc mat ou luisante; leur surface est chagrinée, un peu rugueuse, présentant en certains points une desquamation plus ou moins considérable. Les plaques peuvent s'étendre plus ou moins profondément, d'une manière régulière ou irrégulière; elles donnent une sensation de résistance. Elles

ne sont pas limitées toujours au vestibule, aux grandes et aux petites lèvres et au clitoris, mais peuvent gagner la paroi vaginale. Elles peuvent être le point d'origine d'un épithélioma. Néanmoins elles sont susceptibles de guérir ou tout au moins de rester stationnaires et ne donner lieu qu'à des manifestations très bénignes. Les causes de la leucoplasie vulvo-vaginale sont encore inconnues; cependant on l'a observée chez d'anciennes syphilitiques et chez des femmes diabétiques. Quant au traitement, on doit, au début, combattre les plaques leucoplasiques par les moyens hygiéniques ou médicaux; lorsque les plaques sont très rebelles, mais circonscrites, il faut les enlever; dès que les papillomes sont formés, on doit en pratiquer l'ablation de bonne heure et dépasser aussi largement que possible les limites du mal.

II. — Les grossesses antérieures, les traumatismes, les attouchements répétés de la région, l'existence antérieure de lésions syphilitiques, la leucoplasie, les écoulements vaginaux de longue durée, sont des causes prédisposantes au développement du cancer du clitoris. Celui-ci est presque toujours un épithélioma, exceptionnellement un squirrhe, un encéphaloïde ou un sarcome mélanique. Le début de l'affection est lent et insidieux; pendant longtemps, elle est latente ou caractérisée seulement par un prurit vulvaire plus ou moins intense. La tumeur, rougeâtre et ayant l'apparence d'un chou-fleur, est de consistance variable, assez souvent ferme, d'abord limitée au clitoris, puis envahissant les parties voisines. L'ulcération, d'étendue variable, est recouverte de bourgeons charnus exubérants, ou profonde et anfractueuse. Les cas de sarcome pur ou mélanique sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en donner une description.

Les troubles fonctionnels produits par l'épithélioma consistent surtout en un prurit exaspéré par la marche et en douleurs vives et lancinantes irradiant jusque dans les aines; quand le méat urinaire est intéressé, la miction devient difficile et douloureuse. L'envahissement ganglionnaire est assez tardif. Abandonné à lui-même, l'épithélioma clitoridien envahit les tissus voisins: le méat urinaire et le col de la vessie, d'où la production de fistules vésico- ou urétéro-vaginales, le col et le corps de l'utérus, il peut même atteindre la paroi recto-vaginale ou s'étendre en dehors vers la peau du pubis ou du périnée. Le diagnostic, parfois embarrassant, doit être fait avec le chancre induré, les ulcérations tertiaires de la syphilis, le chancre mou, la tuberculose de la vulve, l'éléphantiasis et l'hypertrophie du clitoris. Le traitement chirurgical peut seul donner un résultat satisfaisant; il doit être mis en œuvre toutes les fois que les lésions seront assez limitées pour le permettre, on doit alors

se hâter d'opérer en ayant soin de dépasser largement les limites du mal, et se servir de préférence du thermocautère.

III. — Les causes de l'épithélioma vulvaire sont peu connues ; en dehors de l'âge (ordinairement de 40 à 60 ans) et de quelques causes locales prédisposantes (traumatisme, leucoplasie, lésions syphilitiques anciennes), on ne les soupçonne pas. Au point de vue anatomique, les tumeurs malignes de la région vulvaire sont presque toujours des épithéliomas, exceptionnellement des squirrhés (?) ou des sarcomes mélaniques. Souvent, sans aucun symptôme antérieur, l'épithélioma apparaît sous la forme d'une petite tumeur verruqueuse qui s'accroît plus ou moins rapidement, d'autres fois elle est précédée par un prurit quelquefois extrêmement intense ou par une plaque de leucoplasie existant depuis longtemps. Il produit un écoulement séro-sanguinolent, d'odeur infecte. La tumeur peut atteindre le volume d'une noix ou même d'un œuf de poule ; elle est de consistance dure, rénitente, de coloration blanchâtre, à surface mamelonnée ressemblant à une framboise ou à un chou-fleur ; elle est pédiculée ou repose sur une base dure très adhérente. Parfois l'épithélioma se présente sous la forme d'une infiltration, qui déforme et augmente considérablement de volume une des parties de la vulve, le plus souvent une des petites lèvres, de consistance dure, presque ligneuse, de coloration rougeâtre. Le plus souvent, on constate à la fois une tumeur plus ou moins pédiculée du clitoris et l'infiltration d'une des lèvres ou du pourtour de l'orifice urétral. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés, mais sans avoir encore subi la dégénérescence épithéliomateuse. Plus tard, il se produit une ulcération irrégulière, dont la surface est recouverte de bourgeons charnus, exubérants, saignant au moindre contact, ou bien anfractueuse, profondément creusée et de coloration rougeâtre ; les bords sont durs, saillants, inégaux, irréguliers et parsemés de bourgeons exubérants, ils sont taillés à pic. Le pourtour de l'ulcération peut être recouvert de plaques de leucoplasie. La peau du voisinage est dure, épaisse, ridée et prend l'aspect de la peau d'orange. Les ganglions sont, à cette période, dégénérés. Les troubles fonctionnels consistent en prurit au début, puis sensation de pesanteur et de plénitude dans la région pelvienne, surtout pendant la marche ou la station verticale, douleurs pendant la miction et ischurie à la période d'ulcération, impossibilité de marcher à cause des frottements subis par la tumeur, enfin cachexie cancéreuse. La marche est lente et se chiffre par mois et par années : dans des cas exceptionnels, la guérison peut avoir lieu. L'affection peut être confondue avec la vaginite chronique granuleuse, les diverses tumeurs bénignes de la vulve et à la période d'ulcération avec les lésions syphilitiques, principalement le chancre infectant et les

gommes, avec l'esthiomène tuberculeux. Le seul traitement à opposer à l'épithélioma de la vulve est l'ablation faite le plus tôt possible, le plus largement possible en dépassant les limites du mal, et de préférence le thermocautère.

IV. — Après avoir montré que Bielt, Rayet, E. Wilson, Bazin, Bulkley, Besnier et Doyon avaient déjà signalé la plupart des principaux traits de la description de l'eczéma séborrhéique, sans cependant comprendre toujours sa signification, l'auteur étudie avec assez de soin, en suivant presque pas à pas les travaux de Unna, l'affection sur laquelle ce dernier a si heureusement appelé l'attention. La description donnée par Unna est assez connue des lecteurs des *Annales* pour que nous n'ayons pas à revenir sur elle; nous n'avons donc pas à insister davantage sur cette thèse, qui montre bien avec quelle faveur ont été accueillies en France les idées du savant dermatologiste de Hambourg.

V. — Cette forme spéciale d'eczéma professionnel que le professeur Leloir a étudiée le premier (*Annales de Dermatologie*, mars 1885) peut présenter des variétés multiples : parfois érythémato-vésiculeuse (une dizaine de fois sur 500 ou 600 ouvriers), vésiculo-pustuleuse ou squameuse (une vingtaine de fois sur le même nombre d'ouvriers), elle est le plus souvent lichénoïde. 9 fois sur 10, les ouvriers nouvellement arrivés dans la filature ressentent à la peau des mains un prurit d'abord léger et dont l'intensité va généralement en augmentant; ce prurit présente ce caractère particulier d'être à peu près nul pendant la journée et de ne commencer généralement que quelque temps après la fin du travail; en même temps, la peau prend peu à peu les caractères de l'eczéma lichénoïde sec et la sensibilité s'amoindrit notablement. Les placards d'eczéma ne sont d'ailleurs pas uniformes mais essentiellement polymorphes. Les ongles sont rarement pris; cependant ils présentent quelquefois des rainures, des sillons longitudinaux, sont secs et cassants. Les lésions occupent les mains et plus rarement les pieds; aux mains, elles affectent des sièges de prédilection : la face interne du pouce, la face externe et palmaire de l'index, puis de là envahissent successivement et presque toujours dans le même ordre la face palmaire du médium, la face palmaire de l'annulaire, celle de l'auriculaire, la moitié inférieure de la face palmaire de la main jusqu'au pli de flexion, toute la face palmaire presque jusqu'au poignet. Le plus souvent, les lésions restent limitées à ces régions; cependant chez les ouvriers de certaines filatures elles s'étendent progressivement et gagnent la face dorsale du pouce et de l'index, celle du médium, puis celle de l'annulaire et finissent par occuper la face dorsale de tous les doigts et de la moitié inférieure de la main.

L'auteur a résumé, en tableaux, les observations de 400 ouvriers chez lesquels ces lésions s'étaient développées.

Elles s'observent chez les ouvriers qui sont obligés par leur travail à plonger constamment les mains dans l'eau où le lin est soumis à une température à 30° à 40° et 50°, eau renfermant des matières organiques et des micro-organismes et dont l'action est d'autant plus nocive qu'elle est moins fréquemment renouvelée. Les micro-organismes contenus dans l'eau ne semblent cependant pas avoir une action bien prononcée, car l'auteur a appliqué sur les mains de quatre malades, pendant sept jours, des compresses imbibées du bouillon de culture de ces microcoques et cela sans déterminer aucune lésion. Quant à la prédisposition individuelle, elle paraît absolument nulle, et dans les filatures tous les ouvriers sont atteints indistinctement.

Il s'agit donc bien d'une maladie professionnelle, que l'on doit rapprocher, au point de vue de la pathogénie, de celle que l'on observe chez les dévideurs de cocons de vers à soie et dont les caractères spéciaux de localisation peuvent servir au médecin légiste à établir l'identité de celui qui en est porteur.

VI. — Cette thèse, dont les éléments sont empruntés au service et aux leçons du professeur Leloir, peut être résumée par le tableau suivant dans lequel M. Leloir donne la classification des gales anormales :

A. Anomalies dans les phénomènes subjectifs.

- 1° Peu de prurit.
- 2° Pas de prurit conscient.
- 3° Prurit inconscient.
- 4° Ni prurit conscient, ni inconscient.

} D'où les anomalies dans les lésions objectives de grattage.

B. Anomalies dans les phénomènes objectifs.

- 1° Dues à des causes extérieures :

Lavages répétés, soins de toilette (actrices, gens du monde ; bouchers, laveuses, débardeurs, baigneurs, varouleurs, etc.).

Poussières (cimentiers, maçons, plâtriers).

Bains topiques divers (gales à demi traitées).

- 2° Dues à des variétés d'acares spéciaux (gale de cheval, etc.).

3° Dues à des causes inconnues « cas de femmes aux seins respectés, d'hommes aux organes génitaux respectés ».

VII. — Les éléments de ce travail sont empruntés au service et à une leçon clinique du professeur Leloir, leçon que l'auteur reproduit presque intégralement.

Quoique tous les dermatologistes connaissent par expérience les érythèmes polymorphes survenant chez les syphilitiques, il n'existe

cependant aucun travail d'ensemble sur ce sujet et les faits publiés se réduisent presque uniquement à ceux de Lewin, de Lipp et de Kühn.

Après avoir fait remarquer que les syphilitiques peuvent présenter, en même temps que les éruptions spécifiques ou en dehors d'elles, des éruptions parasitaires et des éruptions médicamenteuses, MM. Leloir et Testu décrivent le sérythèmes polymorphes dont ils peuvent être atteints : macules, maculo-papules simples, maculo-papules ortiées, pustules et même phlyctènes avec du pus ou du sang chez les sujets profondément cachectisés. Avec ces érythèmes coïncident des phénomènes généraux plus ou moins accentués : courbature, malaise, embarras gastrique, céphalalgie, température plus ou moins élevée. Souvent l'apparition de l'exanthème coïncide avec une poussée d'éruption syphilitique. Dans un cas, M. Leloir a vu des maculo-papules devenues bulleuses et hémorragiques se transformer ultérieurement *in situ* en papules syphilitiques exulcéreuses. L'érythème polymorphe survient surtout chez les syphilitiques débilisés ; sa durée est variable et est souvent en rapport avec l'état général du sujet. Il peut survenir soit à la première période lorsque le chancre est déjà ancien et quelque temps avant l'apparition de la roséole, soit et le plus souvent pendant les accidents secondaires, soit enfin pendant la période tertiaire et alors il coïncide souvent avec des « réveils du virus » (poussées ganglionnaires, accidents non résolutifs plus ou moins localisés).

Le diagnostic de ces érythèmes est particulièrement important en raison des fautes de thérapeutique et de pronostic que peut entraîner une erreur de diagnostic. Ce diagnostic est surtout embarrassant au début de la période secondaire, dans les formes maculeuses, annulaires, circonscrites ou marginées ; mais les macules de l'érythème polymorphe sont moins larges, plus saillantes, plus rouges que celles de la roséole qui ont une auréole brune cuivrée, leur durée est moins longue, elles s'accompagnent de phénomènes généraux souvent plus prononcés et, au lieu d'occuper le tronc, se montrent sur les membres et principalement à leurs extrémités. Dans les formes papuleuses, l'élément érythémateux se réduit sous la pression des doigts qui le malaxent, tandis que la syphilide papuleuse est irréductible. La variété vésico-pustuleuse ressemble quelquefois de très près à l'éruption de la variole, ou à une syphilide varioliforme, à tel point que le diagnostic ne peut être parfois posé que par l'examen histologique (biopsique) des lésions.

La description de l'érythème nouveau syphilitique est entièrement empruntée à la remarquable étude de M. Mauriac sur ce sujet. M. Testu en donne trois nouvelles observations.

Cet érythème nouveau forme la transition entre l'érythème polymorphe et certaines nodosités de la dimension d'une noisette, arrondies ou étalées

en forme de plaques, ne durant que quelques jours et très analogues aux nodosités rhumatismales éphémères. Ces néoplasies peuvent s'observer dans les premières phases de la syphilis (Mauriac) ou à la période tertiaire, dans les moments de réveil du virus (Leloir). Dans les périodes jeunes de la syphilis, ces nodosités s'accompagnent de fièvre, de douleurs rhumatoïdes et de symptômes généraux. Dans les périodes tardives, elles s'accompagnent rarement d'accidents fébriles. Elles se distinguent des gommés par leur apparition brusque et leur durée courte qui varie entre quelques jours et quelques semaines, et enfin par leur dureté moindre qui est en rapport avec leur nature oedémateuse.

Les érythèmes survenant chez les syphilitiques ne paraissent pas présenter de gravité spéciale.

L'érythème polymorphe contre-indique l'emploi de l'iodure de potassium, qui ne fait que l'activer. Au contraire, l'érythème noueux et les nodosités tardives en sont justiciables.

GEORGES THIBIERGE.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

COMPTE RENDU DES THÈSES DE VÉNÉRÉOLOGIE, ET DE SYPHILIGRAPHIE.

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
PENDANT L'ANNÉE 1887-1888.

Par **Henri FEULARD**,

Chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

- I. — RECHERCHES SUR LES MICROBES DU PUS BLENNORRHAGIQUE,
par **HENRI POUEY**.
- II. — DE LA CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE SÉRO-VASCULAIRE SANS INOCU-
LATION, par **CH. FRAGNE**.
- III. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE,
par **EUG. BAISLE**.
- IV. — DE L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE, ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE, par
ALEX. PERCHET.
- V. — DE LA VAGINITE ET DE SON TRAITEMENT, par **F. FOVEAU**.
- VI. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CYSTITES TARDIVES DANS LA BLENNOR-
RHAGIE, par **CHAMPEIL**.
- VII. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA FIÈVRE SYPHILITIQUE;
TYPHOSE SYPHILITIQUE, par **AD. MORIN**.
- VIII. — ANGINE SYPHILITIQUE SECONDAIRE A FORME DIPHTHÉROÏDE,
par **JOSEPH HAUTTEMONT**.
- IX. — ÉTUDE HISTORIQUE ET CLINIQUE SUR LES SYPHILIDES PSORIASIFORMES,
par **LÉON NOZO**.
- X. — ESSAI SUR LA CHONDRITE ET LA PÉRICHONDRITE DANS LA SYPHILIS
SECONDAIRE, par **FÉLIX BOUVIER**.
- XI. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS COMMEUSES DU STERNO-MAS-
TOÏDIEN, par **EDGARD ROCHEFORT**.
- XII. — ESSAI SUR LES LABIALITES TERTIAIRES, par **AUG. TOURNIER**.

- XIII. — DE LA GUÉRISON DE LA PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE, par CH. BAISLE.
- XIV. — DU TRAITEMENT DES PLAQUES MUQUEUSES HYPERTROPHIQUES PERSISTANTES CHEZ LA FEMME, par CH. BAUDIER.
- XV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, PAR LA MÉTHODE DE SCARENZIO, par J.-L. SIBILAT.
- XVI. — SYPHILIS : HÉRÉDITÉ PATERNELLE, par L. RIOCREUX.
- XVII. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES OSTÉO-ARTHROPATHIES DÉFORMANTES, DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, par G. DAUJOU.

I. — M. H. Pouey a fait plusieurs cultures avec du pus blennorrhagique pour tâcher d'isoler les divers microbes que renferme ce pus. Dans des culturesensemencées avec du pus de blennorrhagie aiguë, il a pu reconnaître « deux espèces morphologiquement distinctes de microbes, vivant en général isolément dans les cultures »; 1° d'une part: « des micrococcus très petits, $0,5\mu$, pour la plupart accolés deux à deux, mais formant parfois des chaînettes, des tétracoccus, des zoogléés »; 2° d'autre part, « des éléments qui diffèrent de ceux-ci par leur volume plus considérable $1\mu\frac{1}{2}$, leur forme cubique ou à peu près, et leur mode de segmentation qui fait qu'ils se présentent presque constamment en groupes de quatre éléments séparés par un sillon crucial. » Les cultures faites avec le pus de blennorrhée sont plus complexes : rarement la culture contient une seule espèce. En général, on trouve « les micrococcus à côté d'éléments cubiques, de bacilles, de bactéries, voire même de cellules de levure. Il semblerait que le microbe, en perdant de sa virulence, permette à des germes étrangers de venir vivre à ses côtés ». A la vérité, ils ne présentent aucune caractéristique.

L'auteur a tenté quatre fois de produire la blennorrhagie expérimentale. Dans un seul cas, il a obtenu un résultat positif. Il en tire cette conclusion consolante que, cliniquement, la transmission ne doit pas être plus fréquente et que la contagion blennorrhagique est loin d'être constante.

II. — La conjonctivite purulente par inoculation blennorrhagique est de notion vulgaire : mais on connaît moins bien une autre forme, plus rare, qui survient comme complication de la blennorrhagie en dehors de toute inoculation. Signalée par M. le professeur Fournier et nommée d'abord par lui « conjonctivite séro-vasculaire » (1886), elle a été étudiée par Armaignac, Trousseau (1886), Froidbise (1887), Le Roy (1887), sous le nom de rhumato-blennorrhagique; elle est aujourd'hui décrite par M. Fragne, sous le nom de « conjonctivite blennorrhagique séro-vascu-

laire sans inoculation » dénomination un peu longue, mais qui, dit l'auteur, a le mérite de rappeler les principaux caractères de cette affection. Dans son type ordinaire, c'est une conjonctivite bénigne, à début insidieux, presque indolore, mais se traduisant par des signes objectifs bien accusés. Il y a rougeur et gonflement de la conjonctive bulbaire, plus particulièrement dans l'angle inféro-externe de l'œil ; mais l'œdème qui produit ce gonflement de la muqueuse est séreux, et la sérosité est assez transparente. Il est rare qu'elle reste limitée à un œil ; ordinairement, l'autre œil se prend, soit simultanément, soit après guérison du premier œil malade ; elle peut encore revenir de l'un à l'autre. Huit fois sur dix les deux yeux sont atteints. De plus, elle est sujette à récidiver à brève ou à longue échéance, soit dans le cours d'une même uréthrite, soit à l'occasion d'une nouvelle blennorrhagie. C'est ce qui se passe pour le rhumatisme. Qu'elle guérisse plus ou moins rapidement, elle guérit toujours sûrement ; l'iris n'est jamais atteint. Bien différente comme on le voit dans sa marche, dans son pronostic et sa terminaison, de la conjonctivite blennorrhagique purulente, cette conjonctivite séro-vasculaire doit en être également séparée avec soin, quant à son mode de production. Dans l'une en effet, il suffit qu'il y ait contagion qu'elle vienne de l'individu lui-même ou d'un autre ; dans l'autre, il s'agit d'un accident absolument personnel, pour lequel l'état blennorrhagique du sujet est indispensable : elle se montre à la façon des arthropathies blennorrhagiques. La coïncidence d'ailleurs avec ces arthropathies est fréquente, sinon constante ; et elle paraît relever de la même étiologie que le rhumatisme blennorrhagique. A l'idée ancienne de métastase a succédé l'idée d'infection, ce qu'on a appelé « gonohémie » ; mais la lumière est loin d'être faite complètement sur le mode de cette infection à distance, et l'on ne peut encore saisir de relation tangible entre la conjonctivite séro-vasculaire et le processus infectieux.

III. — C'est à une conclusion identique qu'arrive M. Baisle, à propos du rhumatisme blennorrhagique, en présence des divergences qui existent encore sur l'anatomie pathologique de ces arthropathies.

« En face de l'inconstance des résultats fournis par l'examen microscopique, il est permis de faire quelques réserves au point de vue de la nature infectieuse du rhumatisme blennorrhagique

La démonstration de la nature infectieuse du rhumatisme blennorrhagique serait faite d'une façon irréfutable, si ce rhumatisme évoluait toujours de la même manière et si l'examen du sang et de liquides épanchés dans les articulations et les bourses séreuses, démontrait d'une façon constante la présence d'un micro-organisme spécifique, existant seulement dans le pus blennorrhagique. » Nous ne sommes pas encore aussi

avancés. M. Baisle constate, comme l'auteur précédent, la coïncidence du rhumatisme et de « l'ophtalmie secondaire » indépendante de la conjonctivite par contagion. Il est regrettable que l'auteur se soit montré aussi bref sur le pronostic du rhumatisme blennorrhagique.

Nous avons en ce moment sous les yeux, dans le service de M. le professeur Fournier, deux types malheureux des suites fâcheuses que comporte quelquefois le rhumatisme blennorrhagique. L'un de ces malades présente une véritable ankylose vertébrale, périvertébrale, qui le force à marcher presque plié en deux ; le second a consécutivement à des arthrites des mains, notamment à gauche, une atrophie musculaire qui menace de le rendre impotent.

IV. — Pour avoir traité, plus sommairement encore, le même sujet que l'auteur précédent, M. Perchet, lui, n'éprouve pas les mêmes doutes quant à la nature du rhumatisme blennorrhagique. Simplement, sans discussion, il le met sur le compte d'une localisation articulaire des microcoques de Neisser. Les causes occasionnelles qui font que le microbe se porte chez tel individu vers les articulations sont celles qui diminuent la force de résistance de ses tissus articulaires, le froid, le lymphatisme et la scrofule, la fatigue. La blennorrhagie peut rester locale pendant un long espace de temps, puis, sous une influence appropriée, comme cela se voit dans la tuberculose, le malade fait de l'auto-infection.

V. — Après avoir rapidement passé en revue les divers traitements communément employés dans la vaginite, lesquels peuvent se ranger sous les quatre chefs suivants : 1° émollients ; 2° balsamiques ; 3° astringents ; 4° caustiques, M. Foveau arrive au *traitement antiseptique*. Ce traitement, tel qu'il a été institué à l'hôpital de Lourcine par M. le Dr Balzer, comporte plusieurs indications, et l'auteur cite textuellement M. Balzer : « Il n'est pas douteux que les inflammations vaginales soient produites par l'introduction et le développement de plusieurs microbes parmi lesquels le gonococcus de Neisser semble tenir la première place. Le traitement consiste donc à rendre les voies génitales inhabitables pour ces parasites. Les soins de propreté, lavages, bains, injections, sont des éléments nécessaires de la médication antiseptique qu'il s'agit d'instituer.

« Mais l'antiseptie vaginale ne peut être obtenue que par l'emploi de topiques divers qu'il faut mettre en contact avec les parties malades. Bien plus, comme il est aujourd'hui démontré que le gonococcus pénètre jusque dans la matrice, les agents de désinfection devront être également portés dans cet organe, si l'on veut s'opposer aussi efficacement que possible aux récidives. »

De là différentes indications : 1° une *antisepsie passagère* que réalisent les soins de propreté, les bains, les injections, surtout avec une solution de biiodure de mercure au 1/4000 ; 2° une *antisepsie continue*. Celle-ci se fait soit avec des pommades (par exemple une pommade composée de vaseline, amidon à 150 grammes, tanin 50 grammes (Terrillon et Auvard) ; soit avec des poudres, poudre alcaline, borate de soude, benzoate de soude, salol, d'un emploi moins satisfaisant ; soit, mieux encore, avec des tampons de coton imbibés de substances médicamenteuses, parmi lesquelles M. Balzer donne la préférence à l'huile d'olive salolée (10, 15 à 20 grammes de salol pour cent), et à la glycérine iodoformée, mieux supportée (iodoforme 5 grammes, glycérine 100 grammes). Dans ces derniers temps, M. Balzer a encore employé une solution à 2 p. 100 de cresyl, huile lourde extraite des goudrons de houille. À ces moyens divers peuvent s'ajouter les suppositoires vaginaux à l'iodoforme, à l'eucalyptus, au salol, au sublimé, au chloral, etc.

Il ne faudra pas non plus, quand cela se pourra, négliger le traitement général qui s'adressera à la constitution de la malade, et on se trouvera bien surtout, le cas échéant, de cures hydro-minérales appropriées.

VI. — Parmi les complications immédiates et souvent fréquentes de la blennorrhagie, il faut compter la cystite. Mais s'il faut en croire M. Champeil, les malheureux blennorrhagiques pourraient, dans certains cas avoir à redouter toute leur vie, pour ainsi dire, pareille aventure, « La blennorrhagie peut engendrer des cystites des 20, 30 et 40 ans après sa guérison apparente. » Il s'agit de ces cas déjà si bien mis en lumière par les autres élèves de M. le professeur Guyon où la blennorrhagie se cantonne dans l'urèthre postérieur et y demeure, le plus souvent d'ailleurs à l'état latent. Déjà même étiologie a été invoquée pour certaines orchites et prostatites ; il faut donc y ajouter les cystites tardives. Ces cystites tardives peuvent être la première manifestation vésicale de la blennorrhagie ; mais souvent la vessie a été plus ou moins touchée à une époque antérieure et la maladie reparait après un long intervalle d'accalmie, parfois coupé par quelques recrudescences. Enfin dans quelques cas on acquiert l'assurance que, depuis longtemps d'une façon continue, les fonctions urinaires étaient atteintes.

Les causes qui favorisent l'apparition de ces cystites sont, d'une part, celles qui facilitent la propagation de la blennorrhagie à l'urèthre profond et son passage à l'état chronique ; elles ont été bien étudiées par M. Jamin dans sa thèse. D'autre part, comme cause immédiate, il faut ranger toutes les causes locales ou générales capables d'irriter la vessie.

Dans la majorité des cas, ces cystites sont des cystites du col. Elles peuvent persister indéfiniment, pour ainsi dire, si l'on n'intervient pas par un traitement approprié. Il peut y avoir des guérisons temporaires et reprise de la maladie sous l'influence de causes appropriées. Elles finissent par agir à la longue sur l'état général des malades, troublant leur repos moral, pouvant être un point d'appel pour les manifestations tuberculeuses; rarement elles se terminent par la pyélonéphrite. Le traitement véritable de ces cystites blennorrhagiques tardives est la cautérisation au nitrate d'argent par les instillations, suivant la méthode ordinairement usitée par M. le professeur Guyon. Sont menacés de ces cystites les malades qui conservent des filaments dans l'urine, qui ont de temps en temps des phénomènes vésicaux, qui ont eu comme suite de leur blennorrhagie des orchites, des prostatites, etc.

VII. — Dans son intéressante thèse dont les éléments ont été recueillis dans le service de M. le professeur Fournier, M. Ad. Morin a repris l'histoire de la fièvre syphilitique et, plus particulièrement, de la forme dénommée par M. Fournier *typhose syphilitique*. La fièvre syphilitique est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Seulement, les auteurs ne sont pas d'accord sur le degré de fréquence; Janowsky trouvant qu'il y a fièvre dans 23 0/0 des cas de syphilis qu'il a observés; Bremer dans 76 0/0; Vajda dans 84 0/0; Hutchinson, au contraire, dit que c'est la minorité. Cette fièvre se rencontre bien plus souvent chez la femme que chez l'homme et toujours au début de la période secondaire. Elle est dite *symptomatique* quand elle est provoquée par une manifestation de la syphilis secondaire; et *essentielle* quand elle est, elle-même, une manifestation directe de la diathèse à la même période.

La forme essentielle est la plus commune; elle peut se présenter sous trois types : *le type intermittent, le type continu, le type vague*.

Le type continu est de beaucoup le plus intéressant; il simule, dans certains cas, la fièvre typhoïde et c'est pourquoi M. Fournier lui a donné le nom de *typhose syphilitique*.

Les principaux éléments du diagnostic ont été réunis par M. Fournier dans un tableau, reproduit dans la thèse et que nous résumons :

Dans la fièvre typhoïde.

Dans la typhose syphilitique.

- | | |
|---|---|
| I. — Epistaxis initiales habituelles. | I. — Pas d'épistaxis. |
| II. — Facies spécial : stupeur, joues plaquées. | II. — Facies alangui, abattu, sans stupeur ni état violacé des joues. |
| III. — Langue sèche, racornie, fuligineuse; état fuligineux des gencives et des lèvres. | III. — Langue toujours humide, souvent saburrale; jamais d'état fuligineux. |
| IV. — Ballonnement du ventre, météorisme souvent accentué. | IV. — Absence de ces phénomènes (sauf coïncidences éventuelles) |
| V. — Gargouillement iliaque. | |

Dans la fièvre typhoïde.		Dans la typhose syphilitique.	
VI. — Diarrhée.		V. —	
VII. — Râle de bronchite, râles sibilants muqueux.		VI. —	
VIII. — Développement habituel de la rate.		VII. —	
IX. — Apparition au début du deuxième septenaire de taches lenticulaires rosées.		VIII. — Rate normale (réserve faite pour quelques cas exceptionnels où l'on dit avoir trouvé la rate développée).	
		IX. —	

Les analogies reposent sur la durée et la continuité des symptômes fébriles, sur les symptômes d'asthénie, de prostration, d'adynamie. Les médicaments dits fébrifuges restent sans action sur cette fièvre spéciale; le traitement qui convient est le traitement spécifique: le mercure associé, dans quelques cas, à l'iodure de potassium.

VIII.—Parmi les formes que peuvent revêtir, à la période secondaire, les manifestations syphilitiques de la gorge, il en est une que l'on a nommée *angine syphilitique secondaire à forme diphthéroïde*, à cause de l'apparence que revêt alors l'isthme du gosier. Elle a fixé depuis longtemps l'attention de nombreux observateurs, et, récemment, M. le Dr A. Robin lui a consacré une intéressante étude.

M. Hauttemment reprend l'étude d'ensemble de cette manifestation. Apparaissant dans les premiers mois de la période secondaire, elle débute souvent d'une façon brusque et s'accompagne des phénomènes habituels aux angines aiguës (fièvres, norexie, douleurs d'oreilles, douleurs à la déglutition, etc.). Elle occupe surtout les amygdales, lesquelles sont recouvertes d'une couenne pseudo-membraneuse analogue à la plaque de diphthérie formée depuis un certain temps. Les amygdales sont hypertrophiées; il y a souvent de l'adénopathie concomitante; la douleur est ordinairement très vive. La structure de cette plaque diphthéroïde est identique à celle de la fausse membrane diphthéritique (Cornil). « Pour Cornil et Mauriac, le processus originel consisterait en une exsudation capillaire, et la pénétration des couches épithéliales par des cellules lymphatiques migratrices. Si ces phénomènes sont peu intenses, on aura la plaque opaline; si, au contraire, l'inflammation est plus vive et la migration plus considérable, il pourra y avoir desquamation plus ou moins étendue du revêtement épithélial ou sa disparition complète par places, déformation des cellules non éliminées et formation d'une pseudo-membrane constituée principalement par de la fibrine et des cellules lymphoïdes. » C'est à cette opinion que se range M. Hauttemment. La seule cause appréciable de quelque valeur que l'on puisse invoquer, c'est le froid. Le diagnostic, parfois très difficile de cette angine, se basera bien moins sur les symptômes locaux et les caractères de la

lésion gutturale que sur les anamnestiques, les phénomènes concomitants et la marche de la maladie.

IX. — L'histoire des syphilides psoriasiformes est intéressante à divers titres ; nous féliciterons M. Nozo d'avoir montré par quelles phases successives a passé la terminologie de cette maladie et comment la dénomination *psoriasis syphilitique* donnée par Willan avec le sens étiologique de psoriasis relevant de la syphilis, a été justement abandonnée pour l'appellation actuelle, cette forme morbide n'ayant d'autre rapport avec le psoriasis que l'apparence objective. Il faut se débarrasser absolument de l'ancienne terminologie qui peut être pour des débutants l'origine de grossières erreurs. Anatomiquement, d'ailleurs, si la syphilide psoriasiforme présente quelque analogie avec le psoriasis vulgaire, il faut savoir que, comme dans toutes les manifestations syphilitiques de même ordre, la peau offre toujours à son niveau une induration, un infiltrat pathognomonique qui fait défaut à la plaque du psoriasis. Toutes les formes habituelles du psoriasis (*guttata, circinata, diffusa, etc.*), peuvent être simulées. Néanmoins, après un examen attentif, on peut observer les différences suivantes : « Écailles plus petites, plus grisâtres, moins nombreuses dans la syphilis que dans le psoriasis ordinaire. Lorsqu'on gratte la carapace épidermique, on n'obtient pas l'aspect brillant micacé (signe du coup d'ongle). Lorsqu'on arrache les écailles, on ne remarque pas le piqueté sanglant si important pour le diagnostic du psoriasis. Enfin, lorsqu'on saisit la peau au niveau des syphilides psoriasiformes, on a la sensation d'un épaississement qui n'existe jamais au même degré dans l'affection dartreuse. La localisation n'est pas non plus la même ; le diagnostic peut encore être facilité par les commémoratifs, l'existence, ou du moins la trace d'accidents spécifiques, et, enfin, par les modifications assez rapides produites par le traitement mercuriel. » Les syphilides psoriasiformes sont une manifestation de la période secondaire déjà avancée, on les rencontre quelquefois au début de la période dite tertiaire ; elles surviennent surtout chez des gens cachectiques, déprimés, et doivent être plutôt rangées dans la classe des syphilides d'intensité moyenne ou graves. Peut-être l'état de sécheresse congénitale ou acquise de la peau, ou encore la diathèse arthritique du malade (Mauriac, Maclaren, etc.) jouent-ils quelque rôle dans leur production. Ce sont des formes tenaces indiquant ordinairement une syphilis intense et pour lesquelles il faut un traitement spécifique énergique, augmenté d'un traitement général reconstituant et, suivant certains auteurs, des médicaments appropriés à la diathèse arthritique.

X. — La lésion que la syphilis, notamment à la période secon-

daire, peut produire en atteignant les fibro-cartilages est encore assez mal connue, sauf en ce qui concerne les cartilages articulaires. Aussi M. Bouvier a-t-il tenté de combler en partie cette lacune en étudiant les altérations des cartilages costaux et des cartilages auriculaires. Après avoir rappelé les études de M. le professeur Fournier sur la pleurodynie secondaire, les observations de M. Mauriac contenues dans la deuxième partie de son *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux*, 1872, l'auteur a examiné, à certain jour, dans le service de M. Balzer, toutes les femmes atteintes de syphilis secondaire, et ce, au sujet de la sensibilité du squelette thoracique : 14 seulement ont présenté des particularités dignes d'être notées ; les autres en nombre à peu près égal n'ont fourni que des résultats négatifs. Ces 14 femmes ont présenté une susceptibilité particulière que l'auteur croit pouvoir rapporter à un état particulier du squelette ou de son enveloppe. Les deux côtés sont à peu près également atteints. En ce qui concerne la vulnérabilité de l'os ou du cartilage, la proportion est la suivante : côte, 8; — cartilage, 2; — côte et cartilage, 4.

Six fois donc le cartilage aurait été atteint, dont deux fois isolément. Nous croyons que ces recherches ont encore besoin d'être reprises et ces résultats contrôlés.

Quant à la lésion du cartilage auriculaire, l'auteur cite une observation d'un malade de M. le Dr Jullien, qui, au cinquième mois de sa syphilis, présentait une tuméfaction du pavillon de l'oreille gauche, ne s'accompagnant d'aucune douleur avec rougeur de la peau et consistance molle qui guérit rapidement sous l'influence du traitement.

XI. — Parmi les gommès musculaires, les plus fréquentes sont vraisemblablement celles du sterno-mastoïdien. Aux observations déjà nombreuses et relatées dans les mémoires classiques sur la question, mémoires dont M. Rochefort s'est contenté de nous donner une énumération écourtée et vraiment par trop incomplète, l'auteur ajoute deux observations nouvelles, une qui lui est personnelle et une autre qui lui a été fournie par M. Janet, interne du service de M. Mauriac. La première a trait à une malade de M. Fournier ; la gomme située sur le muscle de gauche, occupait comme cela arrive le plus souvent, l'extrémité inférieure, au niveau du chef claviculaire ; malgré un traitement institué dès l'arrivée de la malade, la tumeur s'ulcéra et la gomme ne guérit qu'après élimination de son contenu. La seconde observation, celle d'un homme de 32 ans, nous présente une gomme du sterno-mastoïdien gauche au point de jonction de deux chefs claviculaire et sternal.

La tumeur guérit sans ulcération; le malade avait en même temps une gomme ulcérée de la cuisse.

XII. — Sous le nom de *labialites tertiaires* proposé déjà par Tuffier dans un mémoire sur ce sujet, M. Tournier comprend « les lésions décrites sous les noms de gomme, sclérose, scléro-gomme des lèvres, léontiasis syphilitique, syphilide gommeuse, tuberculeuse, syphilome, labiopathie, etc. » Son travail n'a d'ailleurs d'autres prétentions que de résumer ce qui a été déjà écrit sur la question. Sur 541 cas exclusivement d'accidents gommeux cutanés et sous-cutanés, relevés dans les observations de M. le Dr Lailler, l'auteur trouve 116 cas pour la face, c'est-à-dire le tiers, lequel tiers fournit à son tour 91 cas pour les lèvres, le reste pour les autres parties du visage. Sur les 97 observations qu'a dépouillées l'auteur 43 appartiennent à la lèvre supérieure et 31 à la lèvre inférieure, le reste appartient soit aux deux lèvres, soit à la commissure. A l'appui de ces différentes propositions, M. Tournier reproduit seulement 31 observations dont le plus grand nombre est emprunté aux thèses connues de Meunier, de Goutard et au mémoire de Tuffier, dont ce travail n'est à vrai dire qu'une amplification; quelques observations inédites données par M. Lailler, et d'assez bonnes reproductions photographiques complètent heureusement ce travail consciencieux.

XIII. — On sait ce que Parrot a décrit en 1872 sous le nom de pseudo-paralysie syphilitique. Complétée par divers travaux et observations au premier rang desquels il faut citer l'intéressante revue de Dreyfous, 1885, que M. Baisle a omis de citer dans son historique, cette maladie a pris son rang définitif parmi les manifestations de la syphilis héréditaire chez les nouveau-nés. Toutefois, Parrot avait accolé à cette maladie un pronostic toujours mortel dont plusieurs observations plus récentes semblent heureusement infirmer la fatalité. Tels sont les cas de Millard (1883), de Roques (1883), de Dreyfous (1883), trois cas de Laffitte (1887), de Gaeger (1887) auxquels se joignent diverses observations étrangères, notamment de Hensch et de Van Arlingen. L'auteur y ajoute deux observations personnelles. Cela constitue un nombre déjà respectable de cas heureux. Pour ne pas détruire sans doute l'unité de la description de la pseudo-paralysie à terminaison fatale faite par Parrot, M. Baisle divise la pseudo-paralysie syphilitique en trois types cliniques.

Dans le premier, forme de Parrot, on a affaire à des enfants manifestement syphilitiques, cachectiques et qui meurent toujours.

Dans le second, la syphilis est manifeste, mais l'état général est bon

ou satisfaisant; les enfants guérissent; c'est la forme bénigne avec stigmates, à laquelle se rapportent les deux observations personnelles de la thèse.

Dans une troisième catégorie, il range à côté du cas de M. Millard, le premier du genre, les observations de pseudo-paralysie syphilitique dans lesquelles la syphilis se traduit seulement par cette pseudo-paralysie; c'est ce qu'il nomme forme bénigne sans stigmates. Ce dernier type est rare. Dans cette forme la guérison est de règle.

D'où la conclusion, tirée par l'auteur, que la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés, bien loin d'être une affection toujours mortelle, est au contraire une affection bénigne puisque dans les cas où elle se produit comme unique manifestation ou dans ceux où, malgré d'autres symptômes syphilitiques, l'état général est bon, la guérison est la règle; dans les cas décrits par Parrot, en même temps que la pseudo-paralysie existaient de multiples lésions syphilitiques et une cachexie avancée, c'est à cette coexistence que la pseudo-paralysie syphilitique a dû sa gravité. Tout le pronostic dépendra donc de l'état général de l'enfant, du nombre et de l'importance des manifestations syphilitiques qu'il peut présenter en même temps que sa pseudo-paralysie.

XIV. — Contre les plaques muqueuses hypertrophiques anciennes, dures et résistant au traitement ordinaire, M. Baudier, suivant la méthode qu'il a vu employer à Saint-Lazare dans le service de M. le Dr Leblond, recommande la cautérisation au thermocautère. Jamais ce procédé, dit-il, n'a donné de cicatrices apparentes, la guérison définitive n'a jamais demandé plus de 20 à 25 jours, en moyenne 18. Le chloroforme a été employé dans la plupart des cas.

XV. — Dans sa thèse intéressante et complète, M. Sibilat a entrepris de nous exposer l'état actuel de la question du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sels mercuriels insolubles ou méthode de Scarenzio. Après un historique fort bien fait, qu'il divise en trois périodes, la première allant de Scarenzio (1804) au travail de Smimoff (1882), pendant laquelle chaque injection est suivie d'abcès; la seconde de Smimoff à l'époque actuelle, pendant laquelle l'abcès devient l'exception; enfin une troisième période dite d'actualité, dans laquelle les abcès disparaissent absolument, l'auteur nous expose les résultats obtenus à Lourcine par M. le Dr Balzer; il donne la formule de divers liquides d'injection, décrit minutieusement la technique opératoire. Le meilleur véhicule est l'huile minérale lourde (huile de vaseline), mais on peut aussi employer l'huile d'olive (Neisser) ou l'eau gommeuse (Watrasszewski). Il préfère l'oxyde jaune au calomel comme étant moins irri-

tant, et recommande d'ailleurs, quel que soit le composé employé, de le porphyriser, de le laver à l'alcool bouillant et de le dessécher à l'étuve avant de l'incorporer dans l'huile. La formule de l'injection est :

Huile de vaseline.....	10 centimètres cubes.
Calomel ou oxyde jaune.....	1 ^{re} , 10.

On injecte habituellement 5, 7 ou 10 centigrammes de calomel ou d'oxyde jaune. Les injections de 5 ou 7 centigrammes ne donnent jamais d'abcès. L'intervalle qui sépare chaque injection est en général de 10 à 12 jours suivant les cas. Voici pour le mode d'opération : nous pouvons ajouter qu'en ce moment M. Balzer emploie plus habituellement les injections d'huile grise, suivant la méthode préconisée par Lang. Les avantages de la méthode sont la facilité de doser exactement la quantité de médicament absorbée par chaque malade, une action rapide, énergique, l'exclusion de toute supercherie, la rareté de l'intervention, la possibilité de ne plus hospitaliser les malades.

Quatre injections de 10 centigrammes seraient suffisantes pour traiter les accidents secondaires et tertiaires en cours d'évolution, mais non pour empêcher les récidives;—quant aux inconvénients, ils se réduiraient à peu de chose : la douleur est modérée; la nécrose partielle inévitable est de peu d'importance, si l'on ne dépasse pas les doses de 5 à 7 centigrammes; les abcès, devenus absolument l'exception, ont toujours guéri rapidement sans complication.

La méthode est contre-indiquée chez les albuminuriques et les cachectiques; son application doit être rigoureusement surveillée chez les individus atteints de gingivite ou de carie dentaire, chez les scrofuleux, chez les sujets obèses. — A cette thèse est annexée la statistique des malades traités par les injections de calomel et d'oxyde jaune dans le service de M. Balzer, pendant les années 1886-1887, dressée par M^{lle} A. Klumpke, interne du service.

XVI. — La thèse très intéressante et étudiée de M. Riocreux mérite de nous arrêter davantage. Aussi bien est-ce un sujet toujours difficile à aborder que celui de l'hérédité syphilitique en dehors de la contamination maternelle. L'auteur s'en est tiré à son honneur; et son travail, élégamment rédigé, s'appuie sur de nombreuses et probantes observations, la plupart empruntées à la pratique de son maître, M. le professeur Fournier. Son premier souci est d'établir à l'aide de documents bien choisis et bien présentés l'existence clinique de l'hérédité paternelle, et son but nous paraît absolument atteint après lecture de ces documents. La transmission de la syphilis du père à l'enfant sans contamination apparente de la mère est un fait clinique indéniable. A côté

des nombreux faits cités, nous retiendrons ces cas si curieux de Diday et Kassowitz, dans lesquels « ces observateurs ont vu, chacun de son côté, une femme saine mettre au monde deux jumeaux, dont l'un était sain, tandis que l'autre présentait des signes manifestes d'infection. On peut difficilement trouver de preuve plus manifeste de l'influence du père; car si l'action de la mère devait seule être mise en cause on ne comprendrait guère comment elle a pu procréer à la fois deux enfants, dont l'un est sain et l'autre est infecté ». Ne doit-on pas se rappeler aussi les cas où le traitement du père seul a mis fin à la naissance d'une série d'enfants syphilitiques. Mais cette influence du père; outre qu'elle est loin d'être fatale, s'atténue à mesure que l'on s'éloigne du début de la maladie. Cela est d'observation courante. Est-il possible seulement de fixer un terme au delà duquel cette transmission devienne, sinon impossible, du moins exceptionnelle. Richard (Th. 1870) avait déjà pensé que la transmission héréditaire paternelle présentait un maximum de fréquence deux ans et demi environ après le début de la maladie, l'époque la plus rapprochée du début étant de deux mois et la plus éloignée de dix ans. M. Riocreux se range à cet avis, et avec les faits qu'il a eus entre les mains établit une statistique dont les résultats peuvent se représenter par une courbe qui présente un minimum au niveau de la première année, s'élève ensuite pour atteindre son maximum à la troisième année, mais se prolonge bien au delà de dix ans, l'auteur possédant par devers lui des observations de transmission à la seizième, la dix-huitième et même la vingtième année.

Le petit nombre des cas de transmission purement paternelle dans les débuts de la diathèse, malgré que la virulence de la maladie soit alors à son maximum, s'explique par ce fait que, pour des raisons d'ordre moral, peu d'hommes contractent alors mariage, et que, dans les cas où il est passé outre, la contamination de la femme devient à peu près inévitable.

Mais à côté de cette diminution d'influence à mesure que vieillit la maladie, il faut citer ces cas exceptionnels où le contraire se produit. C'est ainsi que des syphilitiques qui n'avaient pas contagionné leur femme ont pu avoir, dans les premières années de leur mariage, des enfants sains et se sont vus plus tard affligés d'enfants syphilitiques; et les premiers enfants avaient été conçus à une époque suffisamment éloignée de la cessation du traitement initial pour qu'on ne puisse invoquer son influence.

Mais ce traitement initial de la syphilis, celui qui est communément prescrit à tous les sujets, même quand il est exactement et convenablement fait, alors qu'il est suffisant pour rendre muettes les manifestations de la diathèse, ne le serait plus, au bout d'un certain temps, pour protéger

le générateur. Le traitement spécifique suivi par le père en temps voulu met sûrement sa descendance à l'abri de toute contamination. Passant rapidement sur les faits relatifs à l'imprégnation et à la deuxième génération, pour lesquels il est impossible, actuellement, de donner des conclusions et après nous avoir dit que les enfants nés sains de père syphilitique et de mère saine ne paraissent pas jouir, à l'égard de la vérole, de l'immunité qu'on a voulu leur attribuer, M. Riocreux aborde la question si curieuse de l'immunité de la mère au point de vue clinique, en un mot, de ce que l'on a nommé la loi de Colles.

De cette loi, considérée par beaucoup de médecins comme ne souffrant pas d'exceptions, l'auteur cite quelque faits qui paraissent bien observés et qui se mettent en opposition avec elle.

Ces exceptions, il croit pouvoir en donner l'explication. Terminant en effet son travail par un chapitre original de pathologie générale, M. Riocreux essaye de nous expliquer : 1° le mécanisme de la transmission de la syphilis du père à son enfant ; 2° en quoi consiste l'immunité de la mère. Pour lui, la transmission de la syphilis *in utero* doit être le fait d'une inoculation vraie : « Le virus, ou, pour mieux dire, le microbe encore inconnu, doit être apporté à l'ovule par le spermatozoïde nécessaire à sa fécondation. » C'est une théorie qu'aucun fait expérimental n'a encore confirmée et qui repose seulement actuellement sur l'interprétation de faits cliniques ; quant à l'immunité de la mère, son explication échappe encore à l'expérimentation, mais M. Riocreux croit pouvoir s'inspirer, dans le cas présent, de ce qui a été fait et démontré pour d'autres maladies virulentes, la variole et notamment le charbon.

Les expériences de Strauss et Chamberland ont montré que, contrairement à l'opinion autrefois exprimée par Brauell et Davaine, l'imperméabilité du placenta pour le microbe n'existait pas. Les bactériidies peuvent passer du sang maternel dans le sang du fœtus, mais dans des proportions très différentes. Tantôt, en effet, quelques-uns seulement des petits d'une même portée sont atteints, tantôt toute la portée est infectée. M. Riocreux se sert de ces données pour interpréter certains faits de transmission ou de non-transmission en sens inverse, c'est-à-dire s'effectuant du fœtus à la mère. La plus grande catégorie des faits, ceux où la mère semble saine, correspond aux expériences où l'on peut dire que les bactériidies passèrent en petite quantité, puisque quelques-uns des embryons furent seuls atteints.

« Mais si elles ont passé en petite quantité de la mère aux embryons, on peut sans difficulté renverser la proposition et dire qu'elles auraient passé en petite quantité des embryons à la mère, si ces derniers avaient été primitivement contagionnés, alors que la mère aurait été saine. Mais que produit cette diminution dans le nombre des bactériidies, sinon une

diminution dans la virulence, une atténuation de virus, une *vaccination*. Ainsi, là où les expériences nous amènent à déclarer qu'il y a vaccination, la clinique de son côté nous fait reconnaître l'immunité. Il y a concordance absolue. » Quant aux faits exceptionnels, dans lesquels la mère a pris dans la suite la syphilis de son enfant, on peut les assimiler aux faits expérimentaux dans lesquels aucune bactériémie n'a passé de la mère aux embryons, et inversement où aucune bactériémie n'aurait passé des embryons à la mère. Dans ce cas pas du tout de vaccination, et cliniquement pas la moindre immunité.

Enfin on notera « la ressemblance qui existe entre les cas où les expériences ont fait reconnaître que tous les embryons étaient contaminés, que les bactériémies avaient passé en grand nombre et par suite qu'elles auraient pu passer de même des embryons à la mère, et les faits cliniques qui nous montrent la mère atteinte de syphilis par conception ».

Le malheur d'une théorie aussi séduisante, c'est qu'elle est encore loin d'être démontrée. Quant à la fréquence de l'hérédité paternelle, nous voyons qu'elle est loin d'être fatale : sur 75 familles où le père est syphilitique, les enfants ont été contaminés héréditairement 43 fois ; et quant à la proportion de cette transmission avec celle de la transmission par la mère malade, nous trouvons, sur 112 familles où il y a des enfants atteints de syphilis congénitale, qu'il y en a 43 environ où le père seul est syphilitique et 69 où les deux parents sont atteints. La prophylaxie de pareils accidents réside dans le traitement spécifique convenablement administré.

La première indication est de mettre le père sous l'influence du mercure au moment de la génération ; et « s'il a été impossible de remplir cette première condition, une ressource reste au médecin : le traitement de la mère permet toujours, quand il a été commencé assez tôt, de mener une grossesse à terme et le plus souvent d'avoir un enfant sain ».

XVII. — Le nom d'*ostéo-arthropathie déformante* a été choisi par M. Danjou pour désigner l'affection communément nommée tumeur blanche syphilitique (Richet), pseudo-tumeur blanche (Fournier), ostéo-arthritis (Gangolphe), pour les raisons suivantes : par la particule *osteo*, il veut indiquer que dans cette affection c'est la lésion osseuse qui est l'élément principal : il dit *arthropathie* de préférence à *arthrite* par ce qu'il n'y a jamais, à proprement parler, d'arthrite. Les lésions observées pendant l'évolution de l'affection dans les parties molles péri ou intra-articulaires (synovite, épanchement, etc.) sont toujours secondaires et résultent d'une irritation de voisinage par simple contact. Enfin il ajoute l'épithète *déformante* parce que la déformation est le principal caractère extérieur de cette ostéo-arthropathie.

Jusqu'alors ces manifestations, relativement rares d'ailleurs, de la syphilis tertiaire avaient été surtout étudiées dans la syphilis acquise des adultes, et nous citerons seulement les travaux encore peu éloignés de Dureuil (Th. 1881), de Méricamp (Th. 1882), de Defontaine (Th. 1883). Remarquons toutefois que dans son beau livre sur la *Syphilis héréditaire tardive*, M. le professeur Fournier a distingué trois formes d'arthropathies : 1° une forme prenant le masque de l'*hydarthrose chronique*; 2° *pseudo-tumeur blanche syphilitique*; 3° *arthropathie déformante*.

Ce sont ces deux dernières variétés que l'auteur propose de réunir en une seule, « car ces deux formes d'arthropathies, différentes en apparence, possèdent néanmoins l'une et l'autre les caractères que nous avons reconnu devoir coexister pour constituer l'ostéo-arthropathie déformante, à savoir : 1° point primitivement lésé toujours osseux; 2° jamais d'arthrite réactionnelle, envahissement articulaire par progrès de la lésion osseuse; 3° déformation de la région envahie. » L'auteur croit cette manifestation beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. Son diagnostic au début est difficile, et cependant il importe de le faire de bonne heure. Car le traitement qui fait merveille à cette époque reste nul et sans effet quand l'évolution est avancée : les déformations sont alors définitives. Ce travail repose sur sept observations bien détaillées, presque toutes empruntées à la clinique de M. le professeur Lannelongue et dont deux ont été personnellement recueillies par l'auteur dans ce service.

BIBLIOGRAPHIE.

- I. — **LEHRBUCH DER HAUT UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN FÜR STUDIRENDE UND AERZTE** (TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES POUR LES ÉTUDIANTS ET LES MÉDECINS), par le Dr E. LESSER (1^{re} partie, *Maladies de la peau*. 1 vol. in-8° avec 24 dessins et 6 planches. 4^e édition. Leipzig, Vogel, 1888).
- II. — **DIE TROPHONEUROSEN DER HAUT: — HISTORISCH-KRITISCHE, KLINISCHE UND HISTOLOGISCHE STUDIEN ÜBER DIE BEZIEHUNGEN DES NERVENSYSTEMS ZU ERKRANKUNGEN DER HAUT**, par le Dr CARL KOPP. (Wien 1886.)
- III. — **INDEX BIBLIOGRAPHICUS SYPHILIDOLOGIE**, par KARL SZADEK, *bibliothekar der Kiewschen medizinischen Gesellschaft und Spezialarzt für Syphilis und Hautkrankheiten in Kiew. Erster Jahrgang. Die Litteratur des Jahres*, 1886. — (Hamburg und Leipzig. Voss. 1888, in-8°, 50 p.)
- IV. — **THÈSES SUR LA DERMATOLOGIE ET LA SYPHILIGRAPHIE SOUTENUES À BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.**

I. — La meilleure preuve que nous puissions donner du mérite et du succès de cet ouvrage, c'est que la première édition date du mois de mai 1885 et la quatrième du mois de juin de cette année. Déjà, dans une précédente analyse, je m'étais prononcé sur la valeur de ce livre, presque *en naissant*, pourrait-on dire, devenu classique en Allemagne; je n'ai pas, je n'ai eu en aucun sens à revenir sur cette appréciation. L'auteur a ajouté à la présente édition une introduction sur les lésions de la peau. Ces quelques pages étaient indispensables aux commençants, et nous félicitons le Dr Lesser d'avoir comblé cette petite lacune des premières éditions. L'ouvrage est tenu très au courant des progrès de la dermatologie. Nous aurions bien certaines remarques à présenter sur quelques points, notamment à propos de l'alopecie en aires dont de récents travaux ont démontré la contagiosité dans un assez grand nombre de cas; à spécifier, par conséquent, qu'il existe deux classes de pelade, l'une contagieuse et l'autre d'origine trophoneurotique; mais ce sont là des questions sur lesquelles tous les dermatologistes sont encore loin d'être d'accord.

Écrit dans un style très précis et très clair, l'étudiant et le praticien trouveront dans ce manuel toutes les indications dont ils peuvent avoir besoin soit pour l'étude des dermatoses, soit pour le meilleur traitement à leur opposer.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer à ce propos l'appoint considérable qu'apporte au succès d'un livre la fréquence des éditions. Aujourd'hui où tout marche avec tant de rapidité, les livres vieillissent vite et au bout d'un temps fort limité, ou ne paraissent plus, ou ne sont plus en réalité au courant de la science. Ceci est surtout vrai, croyons-nous, pour les ouvrages de spécialité. Evidemment les grandes lignes restent les mêmes, et personne ne supposera que chaque année la science est bouleversée de fond en comble,

que la vérité de la veille est devenue erreur le lendemain. Telle n'est point du reste notre pensée. Ce que nous voulons simplement dire — et l'occasion nous est aussi agréable qu'opportune pour l'exprimer — c'est que nombre de progrès réalisés dans l'étiologie et la nature des maladies sous l'influence des études microbiennes, dans la thérapeutique par des médicaments, des procédés nouveaux, font forcément défaut aux œuvres dont le renouvellement se fait trop longtemps attendre et jettent souvent le discrédit sur des ouvrages qui, convenablement et même discrètement remaniés, conserveraient, à l'avantage de tous, le succès qui les accueillit au début; c'est là, d'ailleurs, une critique qui, méritée pour d'autres, se traduit naturellement en éloge pour ce qui concerne le livre du Dr Lesser.

A. DOYON.

II. — La série de travaux désormais classiques que M. le professeur Leloir a publiés en 1881, sur les affections cutanées d'origine nerveuse, a été féconde.

Quelques mois après leur publication, on voit paraître, en Autriche, les travaux de Schwimmer et de Babès sur les *Neuropatischen Dermatosen*; en Allemagne les travaux de Paul Mayer, de Max Joseph, etc.; en France, les travaux de Déjerine, de Ballet, de Terrier et Quénu, de Raymond, de Roger, etc., et des élèves de M. Leloir: Lebrun, Masurel et Lévêque; en Angleterre, les travaux de Crocker, de Hogan; en Italie, les travaux de de Amicis et d'une série d'autres auteurs.

A ces différents travaux, tous confirmatifs, nous devrions adjoindre une série d'autres mémoires qu'il serait trop long même de citer ici.

L'un des derniers ouvrages parus sur les affections cutanées d'origine nerveuse est celui du docteur Carl Kopp, privat docent à l'université de Munich et intitulé: *Die Trophoneurosen der Haut. Historisch-kritische-klinische und histologische Studien über die Beziehungen des Nervensystems zu Erkrankungen der Haut* (Wien 1886).

Ce travail, excellent par le soin avec lequel il a été préparé, et par le nombre de faits qu'il renferme, mérite une analyse spéciale.

Que l'auteur, cependant, nous permette de lui demander pourquoi il a laissé complètement de côté dans sa bibliographie le mémoire sur les Trophonévroses de la peau, publié en 1883 dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Leloir. Il aurait pu y puiser des matériaux qui auraient comblé plusieurs lacunes existant dans ce travail.

M. Kopp présente d'abord une étude historique et clinique très intéressante et assez complète de la physiologie des trophonévroses cutanées; il repousse successivement la théorie des nerfs trophiques de Samuel, la théorie vasomotrice de Bronw-Séguard, Schiff, etc., la théorie des troubles trophiques par irritation nerveuse de Charcot et Weir-Mitchell, la théorie de l'influence trophique du système nerveux de Vulpian et Leloir.

Les raisons sur lesquelles il s'appuie pour combattre cette dernière théorie ne nous ont pas pleinement satisfait. Après avoir insisté de nouveau sur la fréquence des trophonévroses en général et des trophonévroses cutanées en particulier, il émet des aperçus très originaux et très intéressants sur la pathogénie de ces trophonévroses en général. Cette étude de physiologie pathologique mérite en tous points d'attirer l'attention du physiologiste et du clinicien; elle constitue certainement la partie la plus intéressante du livre de Kopp.

Vient ensuite une longue étude clinique des affections cutanées que

l'auteur range parmi les trophonévroses. Il en élimine d'abord les hyperhémies et anémies cutanées, et commence par les troubles de sécrétion glandulaire de la peau.

Il examine successivement l'influence du système nerveux sur la sécrétion des glandes sébacées et des glandes sudoripares ; à notre avis, il aurait été bien inspiré de joindre à cette étude celle de l'influence du système nerveux sur la nutrition des poils qu'il a placée plus loin d'une façon détaillée d'ailleurs.

Puis il aborde l'influence du système nerveux dans la production des dermatoses exsudatives, parmi lesquels il range l'érythème polymorphe, l'urticaire, le glossy-skin, l'eczéma, le prurigo, l'herpès zoster, le pemphigus, l'acné, le psoriasis, le lichen ruber et le pityriasis rubra.

A propos de l'urticaire, de l'érythème polymorphe, de l'eczéma, il laisse un peu trop de côté, d'après nous, l'influence considérable que jouent dans certains cas les émotions morales dans la production de ces éruptions, ainsi que l'a montré en 1887 M. Leloir, dans ses travaux sur les dermatoses par choc moral.

Le groupe des eczémas d'origine nerveuse est laissé presque totalement dans l'ombre par Kopp, lequel semble d'ailleurs n'avoir entrepris aucune recherche personnelle sur l'état des nerfs périphériques dans les différentes dermatoses qui ne sont pas d'origine nerveuse. Il paraît n'avoir pas pris notion des recherches de Leloir, Déjerine, Pitres et Vaillard, etc., lesquelles réduisent à leur juste valeur les travaux de Sigmund Mayer et montrent que ceux-ci ne présentent aucune importance au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

L'influence du système nerveux dans les hémorrhagies cutanées, dans les hypertrophies de la peau, etc., est surtout étudiée au point de vue bibliographique.

Vient ensuite l'étude de l'influence du système nerveux sur les atrophies de la peau, dans laquelle l'auteur examine à part et en détail le vitiligo, qu'il considère, après le professeur Leloir, comme étant une affection cutanée d'origine nerveuse. Elle est suivie de celle des affections cutanées ulcéreuses et gangreneuses d'origine nerveuse.

Il termine par un chapitre sur l'état histologique du système nerveux dans les affections cutanées, simple compilation bibliographique ; et l'on peut regretter que les conclusions un peu dogmatiques qu'il croit pouvoir en tirer ne soient pas contrôlées ni appuyées par des recherches personnelles.

Peut-être eût-il mieux fait de se limiter à un seul point de la question pour poursuivre une série de recherches originales sur l'état des nerfs périphériques dans les affections cutanées ; nous espérons les trouver dans l'édition suivante de cet ouvrage, en somme très recommandable.

A. TAVERNIER.

III. — On sait l'importance croissante qu'ont pris depuis plusieurs années ce qu'on appelle les Index bibliographiques placés à la fin de chaque travail. Pas de thèse, si modeste qu'elle soit, qui n'aligne en quelques colonnes, le plus souvent d'ailleurs sans méthode et sans ordre, et quelquefois, hélas ! remplies d'incorrections, un luxe d'érudition facile, ce travail étant ordinairement copié sur une thèse déjà publiée sur la matière. Ainsi se perpétuent des erreurs fâcheuses qui égarent le chercheur sérieux, lui font perdre un temps précieux, et à tout le moins l'impatient. Ces bibliographies ainsi

bâclées, ce serait rendre service à tout le monde que d'en débarrasser l'auteur et le lecteur ; elles ne prouvent rien et ne servent le plus souvent à rien. Mais, en revanche, combien ne doit-on pas être reconnaissant à ceux qui édifient soigneusement et sûrement une bonne bibliographie, et ne reculent pas devant une tâche ingrate, le plus souvent mal appréciée, et destinée à devenir la proie de gens peu scrupuleux qui pillent et s'approprient sans les citer les laborieuses recherches de l'auteur.

A l'époque actuelle, avec la production incessante et innombrable qui envahit toutes les branches de la médecine, un travail bibliographique consciencieusement fait devient d'un prix inestimable, et c'est pitié que de voir combien les efforts de publications aussi importantes que l'*Index medicus*, par exemple, sont couronnés de peu de succès ; à ce point que l'existence de ce superbe recueil est mise à tout moment en question par le manque de souscripteurs. A côté de ces travaux d'ordre général qui embrassent la médecine tout entière, il y a place pour des bibliographies spéciales ; et l'on peut concevoir les précieux services que rendraient aux travailleurs de bonnes bibliographies publiées annuellement par les diverses revues spéciales. Si chaque revue spéciale importante voulait prendre l'initiative d'une telle besogne, nul doute que le succès en soit très vif, et l'on arriverait ainsi à un ensemble très satisfaisant. Il est bien évident, par exemple, que, malgré la meilleure volonté du monde, une bibliographie française, ou anglaise, ou allemande, sera surtout riche en publications faites dans la langue de celui qui l'aura composée, beaucoup d'ouvrages, de journaux et de revues ne franchissant guère la frontière des pays où ils sont nés. Mais en réunissant les bibliographies données par chaque revue spéciale et dans sa langue propre, on arriverait, nous le répétons, à un résultat très appréciable. En attendant cette heureuse entreprise, voici une tentative heureusement menée par M. le Dr Karl Szadek (de Kiev), lequel a essayé de réunir en un fascicule isolé les publications intéressant la vénéréologie et la syphiligraphie pendant l'année 1886. Tous ceux qui s'occupent de bibliographie savent qu'il faut un long temps pour réunir les matériaux nécessaires et les classer, et ne s'étonneront pas que cette brochure porte seulement le millésime de 1888. M. Szadek a classé les publications par matières, puis dans chaque section par ordre alphabétique d'auteur. C'était le meilleur ordre à adopter, puisque toutes sont de la même année. Peut-être reprocherions-nous à l'auteur de n'avoir pas encore assez subdivisé ses sections, dont voici l'énoncé. — I. Généralités. Traités généraux. — II. Affections blennorrhagiques. — III. Chancre vénérien. Formes initiales et pathologie générale de la syphilis. — IV. Symptomatologie de la syphilis constitutionnelle. — V. Syphilis héréditaire. — VI. Traitement de la syphilis. — VII. Appendice, plus une table des noms d'auteurs. La section III, entre autres, aurait gagné à être subdivisée, et c'est toujours un étonnement pour le lecteur français de voir le chancre mou ou vénérien placé dans la même catégorie que le chancre syphilitique.

Ceci dit, nous louerons dans son détail la manière de l'auteur : les travaux indiqués le sont dans la langue même où ils ont été publiés et avec le titre complet sous lequel ils ont paru ; de plus, quand il s'agit d'un article reproduit ou analysé dans des recueils spéciaux, l'indication de l'analyse ou de la traduction est exactement donnée. Cette bibliographie est donc bien comprise et destinée à rendre de réels services. Nous appellerons seulement l'attention de l'éditeur sur d'assez nombreuses fautes typographiques, excusables, parce qu'elles portent sur les mots de langues étrangères, mais qu'il sera

facile de faire disparaître. Nous féliciterons M. Szadek d'avoir entrepris une pareille et si utile tâche, et plus encore de la continuer, et nous souhaitons qu'il nous donne quelque jour pour la dermatologie le pendant de ce travail.

D^r H. FEULARD.

IV. — Simon. Nov. 1887. — La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane française.

Soulié. Février 1888. — Rôle de la lanoline dans l'absorption cutanée.

Bonnin. " — Virulence primitive ou non du bubon chancrelleux.

Olivier. Mai 1888. — Syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales.

Guillaud. Juillet 1888. — Recherches sur la nature de l'érythème noueux.

Nollet. " — Etudes sur la nature de la pelade, d'après quelques observations recueillies à l'hôpital de Cherbourg.

MINISTÈRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'EXPLOITATION

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TENU A PARIS EN 1889

STATUTS

I. — Un congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie s'ouvrira à Paris, le lundi 5 août 1889, et sera clos le 10 du même mois. Il aura lieu dans la grande salle du musée de l'hôpital Saint-Louis.

II. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine français ou étrangers qui s'inscriront en temps utile et qui auront acquitté les droits de cotisation.

III. — Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, des vice-présidents et des secrétaires.

Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif.

IV. — Les séances du Congrès seront publiques. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière.

Les communications du Comité d'organisation se feront en français.

V. — Les comptes rendus des travaux du Congrès seront publiés dans un volume spécial par les soins du Comité d'organisation.

Le Comité d'organisation du Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie est composé de :

MM. les Docteurs :

RICORD (Ph.), membre de l'Académie de médecine, chirurgien honoraire de l'hôpital du Midi, *président d'honneur*.

HARDY, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, *président*.

Membres du Comité :

MM. les Docteurs :

BALZER, médecin de l'hôpital de Lourcine.

BESNIER (Ernest), membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

DUCASTEL, médecin de l'hôpital du Midi.

FOURNIER (Alfred), professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

GAILLETON, professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HUMBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi.

LAILLER, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

LELOIR, professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine.

MAURIAC (Ch.), médecin de l'hôpital du Midi.

POZZI, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

QUINQUAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

TENNESON, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

VIDAL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

FEULARD (Henri), chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, secrétaire.

Le Comité d'organisation s'est adjoint des secrétaires étrangers, afin de faciliter la préparation du Congrès et les moyens de relations avec les médecins des divers pays.

Sur la demande du Comité, ont bien voulu accepter ces fonctions :

MM. les Docteurs :

BERTARELLI (Amb.), de Milan, pour l'Italie.

BOECK (César), Christiania (Norvège).

DUBOIS-HAVENITH, Bruxelles (Belgique-Hollande).

FOX (Colcott), Londres (Grande-Bretagne).

HASLUND, Copenhague (Danemark).

LASSAR, Berlin (Allemagne).

MAYOR (A.), Genève (Suisse).

MORRIS (Malcolm), Londres (Grande-Bretagne).

MORROW (P. A.), New-York (Etats-Unis, Amérique du Nord).

PARDO, Madrid (Espagne).

PETERSEN, St-Petersbourg (Russie).

RIEHL (G.), Vienne (Autriche-Hongrie).

SILVA ARAUJO, Rio-de-Janeiro (Amérique du Sud).

WELANDER, Stockholm (Suède).

ZAMBACO, Constantinople (Turquie, Grèce, Pays d'Orient).

RÈGLEMENT

I. — Les adhésions, demandes de renseignements et les communications peuvent être adressées soit à M. le Dr H. FEULARD, à Paris, hôpital Saint-Louis, secrétaire du Comité d'organisation, soit à l'un des secrétaires délégués pour l'étranger.

II. — Les droits de cotisation sont de 25 francs; la cotisation donne droit au volume de comptes rendus du Congrès.

III. — Les cotisations seront perçues à Paris, au moment de l'ouverture du Congrès en même temps que seront distribuées les cartes de membres du Congrès.

Les personnes qui, ayant envoyé leur adhésion, ne pourraient venir au Congrès, mais désireraient en recevoir les comptes rendus, devront envoyer, par mandat-poste, à M. le Dr H. Feulard, secrétaire du Comité, le montant de leur cotisation.

IV. — Les questions traitées seront de deux ordres : les unes proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies.

V. — Les séances auront lieu de 9 heures du matin à midi et de 3 heures à 6 heures du soir. Les séances de l'après-midi seront consacrées à la discussion des questions proposées par le Comité.

VI. — Les membres qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité d'organisation ou à l'un des secrétaires délégués, avant le 15 mai 1889, et de joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme général qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

Ce programme, qui sera envoyé au commencement du mois de juillet 1889, contiendra les noms des membres ayant envoyé leur adhésion avant le 15 mai, ceux des orateurs inscrits pour prendre la parole sur les questions mises à l'ordre du jour, les communications annoncées, etc.

VII. — Dans l'ordre du jour de chaque séance, les orateurs inscrits à l'avance et les communications annoncées au programme général auront la priorité.

Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole pendant plus de dix minutes consécutives. Ce temps écoulé, le président pourra, s'il est besoin, maintenir la parole à l'orateur.

VIII. — Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance.

Le Comité d'organisation décidera de leur insertion totale ou partielle dans le compte rendu officiel.

La publication sera faite en français, en allemand ou en anglais.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte rendu, à condition que les membres qui y auront pris part remettent, au plus tard au début de la séance qui suivra, un résumé de leurs discours aux secrétaires de la séance.

Questions mises à l'ordre du jour.

QUESTION I

De la constitution du groupe « Lichen ».

I. — Doit-on, avec les anciens dermatologistes, conserver la dénomination de *Lichen* à un assez grand nombre d'affections que plusieurs modernes considèrent comme différentes les unes des autres?

II. — Dans la négative : 1° quelles sont les affections qu'il faut séparer du groupe et dénommer autrement; 2° un nouveau groupe *lichen* étant constitué, quelles sont les espèces, formes ou variétés que l'on doit y admettre?

QUESTION II

Du pityriasis rubra. — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.

I. — Quels sont les caractères propres de la dermatose à laquelle il faut limiter la dénomination de *pityriasis rubra*? Ne doit-on pas distinguer dans cette maladie plusieurs types selon leur marche, leur durée, leur terminaison?

II. — La dermatose décrite sous le nom de *pityriasis rubra pitiaire* doit-elle être considérée comme une *espèce* du *pityriasis rubra* ou comme une *affection propre*, ou bien être rattachée à un autre *genre morbide*, le *psoriasis*?

III. — Quels sont les rapports à établir entre les affections cutanées dénommées :

a. *Erythèmes scarlatiniformes*;

b. *Dermatite exfoliatrice généralisée primitive*.

QUESTION III

Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.

I. — Le terme de *pemphigus* peut-il être conservé pour dénommer plusieurs dermatoses bulleuses qui sont distinctes les unes des autres par leur nature, leur marche et leur terminaison; ou bien, au contraire, doit-il être réservé à une maladie unique et bien définie, le *pemphigus*, correspondant au pemphigus chronique, bulleux ou foliacé?

II. — D'autre part, comment doit-on classer diverses dermatoses bulleuses, érythémato-bulleuses, ou plus complexes encore : érythémateuses, pustuleuses, bulleuses à la fois, c'est-à-dire *multiformes*, telles par exemple que les affections connues sous les noms de *pemphigus à petites bulles*, *érythème bulleux*, *hydroa bulleux*, *dermatite herpétiforme*, *dermatite prurigineuse polymorphe*, *herpès gestationis*, etc.; et quelles dénominations faut-il leur appliquer?

QUESTION IV

Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.

I. — Mycologie, espèces, cultures, transmission expérimentale, contagion.

II. — Prophylaxie et traitement.

QUESTION V

Direction générale et durée du traitement de la syphilis.

I. — A quel moment de l'infection syphilitique doit être commencé le traitement? Traitement continu; traitement interrompu.

Par quel agent thérapeutique doit-il être commencé?

Quand y a-t-il lieu d'adjoindre ou de substituer les préparations iodurées aux mercuriaux?

Indications et contre-indications du mercure.

Indications et contre-indications de l'iodure de potassium.

II. — Combien de temps le traitement doit-il être continué?

Faut-il traiter la syphilis en dehors de ses manifestations?

Est-il utile, à une époque éloignée du début de l'infection, d'administrer encore l'iodure préventivement?

QUESTION VI

Fréquence relative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement.

I. — Etablir la proportion des syphilitiques qui arrivent à la période tertiaire:

1° Sans traitement;

2° Avec traitement.

II. — Peut-on tirer quelque indice, soit du chancre, soit des accidents secondaires, comme présages des accidents tertiaires.

III. — Déterminer l'influence réelle des causes réputées favorables à l'éclosion de la syphilis tertiaire (âge, constitution, sexe, antécédents morbides personnels ou héréditaires, profession, hygiène individuelle, impaludisme, alcoolisme, traumatisme, surmenage, causes dépressives).

Le comité d'organisation pense qu'il y aurait intérêt, pour la discussion des questions générales, à ce que ces questions fussent l'objet de rapports particuliers; il prie donc les orateurs qui ont l'intention de préparer et rédiger ces rapports de vouloir bien lui faire parvenir, suivant le mode prescrit par l'article VI du règlement, les conclusions de leur travail sur la question ou un point de la question: ces conclusions seront reproduites dans le programme général.

QUESTIONS LAISSÉES AU CHOIX DES MEMBRES DU CONGRÈS.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir les questions qu'ils veulent traiter, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur certaines questions dont la solution ne paraît pouvoir être obtenue que par le concours des dermatologistes et syphiligraphes de pays divers.

I. — Questions de dermatologie.

Mycosis fungoïde.

Pruritus hiemalis.

Contagion de la lèpre. Du nombre des lépreux existant actuellement en Europe en dehors des Pays Scandinaves.

État de la science sur la nature parasitaire non encore définitivement établie de certaines affections de la peau, telles que l'*eczéma sec circiné*, le *pityriasis rosé* de Gibert, l'*eczéma séborrhéique*, etc.

II. — Questions de syphiligraphie.

Rapports qui existent entre la syphilis et quelques affections définies du système nerveux (tabes, paralysie générale).

Excision du chancre syphilitique.

Indications et valeur thérapeutique des injections mercurielles sous-cutanées.

Prophylaxie administrative de la syphilis des nourrices et des nourrissons (réglements existant dans chaque pays, responsabilité des administrations hospitalières, conduite à tenir vis-à-vis des nouveau-nés abandonnés, nés de parents dont les antécédents pathologiques sont ignorés, nourriceries, allaitement artificiel, etc.).

Du chancre vévérien, unicité et dualité; fréquence relative du chancre mou dans les divers pays.

III. — Question techniques relatives à la pratique et à l'enseignement de la dermato-syphiligraphie.

Comparaison de l'enseignement et de la pratique dermato-syphiligraphiques dans les divers pays (chaires officielles de facultés, enseignement libre, hôpitaux et services spéciaux, consultations publiques et policliniques, laboratoires, etc.).

Nomination d'une commission chargée de la simplification de la nomenclature dermatologique.

Moyens de faciliter l'étude internationale de la dermatologie; publication d'un atlas international des dermatoses rares; synonymie des appellations nosologiques, bibliographies, journaux, sociétés, congrès périodiques, etc.

Fig. I.



Fig. III.

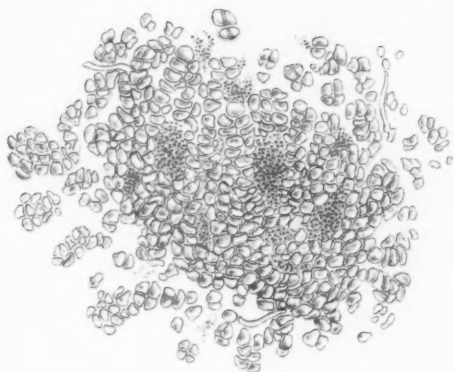


Fig. IV.

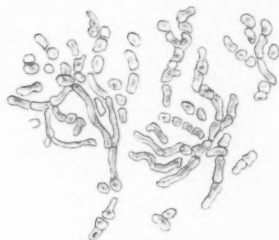


Fig. II.

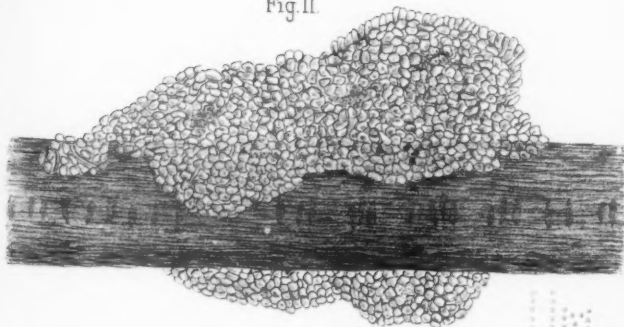


Fig. I.



TABLE PAR NOMS DES AUTEURS

Des **MÉMOIRES ORIGINAUX**, des Travaux publiés sous le titre de : **RECUEIL**
DE FAITS et de REVUES GÉNÉRALES OU CRITIQUES.

	Pages.
Arnozan (X.). Un cas de xeroderma pigmentosum.....	536
Audain. (Voy. Huguet.).	
Audry. De l'érythème polymorphe infectieux herpétiforme. (Herpès généralisé fébrile)	627
Barthélemy (T.). Prophylaxie publique de la syphilis	721
Baude. Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse.....	798
Baudouin (G.) et Wickham (L.). Ecthyma térébrant de l'enfance. Recherches bactériologiques.....	805
Brocq (L.). De la dermatite herpétiforme de Duhring..... 65, 133	209, 305, 433 et 493
Brocq (L.). La discussion sur la contagiosité de la lèpre à l'Académie de médecine.....	536 et 648
Bruno Chaves. Du salicylate de mercure et de son action dans la syphilis et quelques dermatoses	228
Chambard (E.). Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniolle.....	455
Chambard (E.). Syphilidémie dyschromateuse à localisations multiples chez un dément sénile	646
Cheminade. Contribution à l'étude de l'arthrite syphilitique secondaire	466
Cheminade. Chancres indurés occasionnés par un rasoir.....	535
Darier (J.). Verrues planes juvéniles de la face.....	617
Dezanneau. Observation d'hérédosyphilis à la seconde génération...	162
Doyon (A.). Une visite à l'hôpital des lépreux de Scutari.....	386
Doyon (Maurice). Sur un cas de syphilide pigmentaire généralisée...	335
Feulard (H.). Fièvre herpétique à manifestations cutanées et oculaires	167
Galezowski. Différentes variétés d'atrophies du nerf optique ataxique.	640
Girode (J.). Dermatite exfoliatrice généralisée et primitive. Lésions histologiques de la peau.....	519
Girode (J.). Phlébite dans l'érythème polymorphe	791
Hallopeau. Sur une forme végétante et atrophique du pemphigus iodique.....	285
Hallopeau et Wickham (L.). Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux	786
Hartmann (H.). De l'influence des variations de la pression à laquelle sont soumis les vaisseaux sur la production du purpura. Immobilisation des membres et purpura.....	702
Heulz. Un fait pour servir à l'étiologie de l'ichtyose.....	237

	Pages.
Huguet (J.). Effets de l'inflammation blennorrhagique dans les granulations accessoires des glandes de Cowper.....	383
Huguet (J.) et Audain. Gomme syphilitique ulcéreuse du cuir chevelu développée à la 44 ^e année de la syphilis.....	707
Jacquet (L.). Note sur le mode de production des élevures de l'urticaire.....	529
Juhel-Rénoy. De la trichomycose nodulaire.....	777
Kaurin. Hôpital et léproserie de Rethnaes avec statistique de 1861 à 1885.....	394
Legrain. (Voyez Simon.)	
Leloir (H.). Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises.....	54, 122, 194 et 269
Leloir (H.). A propos du danger que font courir à la santé publique les filles publiques insoumises.....	461
Leloir (H.). Nature des variétés atypiques du lupus vulgaire.....	623
Lemonnier. Diabète syphilitique.....	398
Linn. Observation de syphilis héréditaire avec examen histologique des lésions du poumon.....	95
Lyon. (Voy. Tenneson.)	
Merklen (P.). Etiologie et prophylaxie de la pelade.....	813
Morel-Lavallée. Deux cas de tuberculose verruqueuse de la peau. Du traitement iodoformé appliqué par la méthode hypodermique à la scrofulo-tuberculose cutanée non ulcéralive.....	21 et 84
Morel-Lavallée. Relevé des chancres extra génitaux-observés dans le service de M. le professeur Fournier, du 1 ^{er} février 1887 au 1 ^{er} février 1888.....	375
Ohmann-Dumesnil. Chancres multiples du palais.....	718
Ornellas (D'). Gangrène spontanée des doigts par artérite syphilitique..	55
Petrini (de Galatz). Hydroabulleux de Bazin à récidence. Guérison....	91
Portalier. Syphilide ulcéreuse tertiaire de la muqueuse préputiale simulant un chancre syphilitique.....	531
Rémond (G.). Notes pour servir à l'étude de l'action du mercure sur l'organisme.....	458
Rosolimos. Les syphilides secondaires de la bouche traitées par les injections mercurielles.....	525
Simon (P.) et Legrain. Contribution à l'étude de l'érythème infectieux..	697
Tenneson et Lyon. Deux cas de dermatite herpétiforme de Duhring..	328
Thibault. (Voyez Wickam.)	
Trousseau (A.). Des gommès de la conjonctive palpébrale.....	460
Wagnier. Otite moyenne aiguë chez un lépreux ; examen du nez, du pharynx et du larynx.....	715
Wickham et Thibault. Note sur deux cas d'urticaire pigmentée ; forme maculeuse à caractères frustes.....	634
Wickham (L.). (Voyez Beaudoin et Hallopeau.)	
Zuriaga. La lèpre de Parcent. (Traduction française, par P. Raymond.).	390

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME.

A

Argueyrolles, 738.
Arnould, 339.
Arnozan (X.), 365, 656.
Audain, 707.
Audry, 627.

B

Baisle (Ch.), 832.
Baisle (E.), 831.
Balmanno-Squire, 98.
Balzer, 416.
Baradat de Lac, 553.
Barette, 428.
Barie, 552.
Barthélemy, 40, 721.
Baude, 798.
Baudoin (G.), 805.
Behrend, 239, 468.
Besnier (Ernest), 40.
Bex (G.), 824.
Bitter, 587.
Blanc, 739.
Boulay, 338.
Boulland, 738.
Bourdillon, 738.
Bousquet, 588.
Bouvier, 831.
Brissaud, 428.
Broca, 338.
Brocq (L.), 1, 65, 133, 209, 305,
433, 493, 536, 648, 656.
Bruno-Chaves, 228.
Bruce, 40, 721.
Bulkley (Duncan), 552.

C

Caillot, 552.
Campana, 98, 468.
Carpenter, 339.
Cazin, 242.
Chambard, 455, 646.
Champeil, 831.
Chantemesse, 401.
Charcot, 416.
Charon, 468.
Cheminade, 466, 535.
Courtade, 40.
Cutler, 468.

D

Darier, 617.
Daujou, 832.
Dauriac, 824.
Debove, 170.
Defontaine, 338.
Deligny, 552.
Dénériaz, 553.
Descroiziller, 40.
Dezanneau, 162.
Donnadieu, 738.
Doutrelepont, 40.
Doyen, 98.
Doyon (A.), 386.
Doyon (M.), 335.
Dubrueil, 587.
Ducrey, 401.
Dunn, 338.
Durand, 739.

E

Ehrmann, 338, 587.
 Eraud, 552.
 Eyles, 553.

F

Falcone, 416, 552.
 Feulard, 167.
 Finger, 416.
 Fournier (A.), 242, 416.
 Foveau, 831.
 Fragne, 831.

G

Galezowski, 640.
 Gamberini, 242, 468.
 Gartner, 468.
 Gautier, 338.
 Gevaert, 468.
 Gilbert, 339.
 Gilly, 170.
 Giovannini, 98.
 Girode, 416, 519, 791.
 Guertin, 738.
 Guttmann, 553, 554.

H

Hallopeau, 285, 786.
 Hardaway, 553.
 Harlingen (van), 552.
 Hartmann (H.), 702.
 Haslund, 401.
 Hauttemment, 831.
 Heem, 824.
 Heulz, 237.
 Huguet (J.), 383, 707.
 Hutchinson (M.), 553.
 Hutchinson (J.), 98, 656.

I

Iäger, 552.
 Iscovesco, 242.

J

Jackson (G.-L.), 401.
 Jackson (G.-T.), 428.
 Jacquet, 529, 739.
 Jeanselme, 738.
 Juhel-Rénoy, 777.

K

Kaurin, 394.
 Klotz, 468.
 Knocke, 98.
 Kobner, 132.
 Kopp, 242, 847.
 Krecke, 242.

L

Lang, 50, 280, 588.
 Lannois, 242.
 Launay (de), 552.
 Laurent (E.), 587.
 Leconte, 739.
 Lécorché, 552.
 Lefebvre, 824.
 Lefèvre, 738.
 Legendre, 428.
 Legrain, 697.
 Leloir (H.), 54, 122, 194, 269, 464,
 623, 656.
 Lemoine (G.), 242.
 Lemonnier, 398.
 Lepage, 428.
 Leroux (P.), 738.
 Le Siner, 738.
 Lesser, 50, 338, 847.

Leudet, 587.
 Lewis, 95.
 Lustgarten, 468.
 Lyon, 328.
 Lyot, 338.

M

Mannesio, 242.
 Marcassi, 553.
 Marianelli, 657.
 Martin de Gimard, 552, 738.
 Marty, 738.
 Mathieu (A.), 588.
 Maurel, 824.
 Mauriac, 588.
 Mayor, 338, 339, 656.
 Menétrier, 339.
 Merklen (P.), 813.
 Mibelli, 338.
 Mollière (U.), 552.
 Moncorvo, 553.
 Morel-Lavallée, 21, 84, 170, 375, 656.
 Morin, 831.
 Morrow (Prince), 170, 242.
 Mossé, 587.
 Moure, 587.
 Mouret, 738.

N

Neely, 587.
 Neisser, 587.
 Neumann (J.), 50.
 Nicolas (A.), 258.
 Noorden, 554.
 Nozo, 831.

O

Oddo, 401.
 Oger (d') de Spéville, 738.
 Ohmann-Dumesnil, 656, 718.

Ornellas (d'), 35.
 Ozenne, 588.

P

Panné, 338.
 Payne, 552.
 Pellizzari (G.), 468.
 Perchet, 831.
 Petrini, 91.
 Pick, 50.
 Pietrzikowski, 553.
 Piffard, 401.
 Poelchen, 588.
 Pollosson, 338.
 Polotebnoff, 170, 258.
 Poncet, 401.
 Portalier, 534.
 Potain, 416.
 Profeta, 757.
 Pouey, 831.

Q

Quinquand, 656.

R

Rafin, 656.
 Raymond (P.), 258, 552.
 Rebillard, 739.
 Rémond, 158.
 Reverdin, 338.
 Riehl, 401.
 Riff, 242.
 Riocreux, 832.
 Robinson (T.), 552.
 Rochefort, 831.
 Rosolimos, 525.
 Roy (Le), 587.

S

Saalfeld, 656.
 Sarda, 588.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME NEUVIÈME

1888

A

	Pages.
Acné du visage (Rhinite chronique comme cause d'), par C. Seiler...	553
Acné (Traitement de l'), par M. Hutchinson.....	553
Ainhum (Histologie de l'), par Eyles.....	553
Albuminurie d'origine cutanée, par Lécorché et Talamon.....	552
Albuminurie (Rapports de l') avec l'ecthyma et l'impétigo, par Donnadieu.....	738
Alopécie en aires. (Voyez Pelade.)	
Anthrarobine dans le traitement des maladies de la peau, par Behrend.....	239
Antipyrine (Dermite provoquée par l'), par Spitz.....	170
Antipyrine (Exanthème provoqué par l'), par Schwarz.....	170
Antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène, par Le Gendre, Barette, Lepage.....	428

B

Biskra (Bouton de), par Vidal.....	401
Biskra (Bouton du Nil ou de), par Chantemesse.....	501
Biskra (Anatomie et étiologie du bouton d'Orient), par G. Riehl.....	401
Blennorrhagie (Cystites tardives dans la), par Champeil.....	831
Blennorrhagique (Inflammation, dans les granulations accessoires des glandes de Cowper), par J. Huguet.....	383
Blennorrhagique (Recherches sur les microbes du pus), par Pouey...	831
Blennorrhagique (Conjonctivite) sans inoculation, par Fragne.....	831
Blennorrhagique (Rhumatisme), par Baisle.....	831
Blennorrhagique (Arthrite), par Perchet.....	831
Bouton d'Orient. (Voyez Biskra.)	

C

	Pages.
Cancer et lupus. (Voyez Lupus.)	
Cancer primitif de la région clitoridienne, par Dauriac.....	824
Cancroïdes cutanés, par Broca.....	388
Cancroïde et leucoplasie de la muqueuse vulvovaginale, par G. Bex..	824
Cancroïde et cancer. (Voyez Épithélioma.)	
Chancre induré. (Voyez Syphilis.)	
Chancre mou (Pathologie et traitement du), par Lang.....	50
Chausit (Notice nécrologique sur).....	208
Clou de gafsa, par Poncet...	401
Congrès de dermatologie et de syphiligraphie, 1889. Titres des questions proposées.....	775 et 852

D

Dermatite herpétiforme de Duhring (De la), par L. Brocq, 1, 65, 133,	209, 315, 433 et 493
Dermatite herpétiforme de Duhring (Deux cas de), par Tenneson et G. Lyon.....	328
Dermatite exfoliatrice généralisée primitive, par Girode.....	519
Dermatite polymorphe prurigineuse. (Voyez Dermatite Herpétiforme.)	
Dermatologiques (Études), par Polotebnoff.....	258
Dermatomyecose tonsurante. (Voyez Trichophyton.)	
Dermites et éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, par Jeanselme.....	738
Dermites professionnelles, par Lefebvre.....	824

E

Ecthyma (Rapports de l'albuminurie avec l'), par J. Donnadieu.....	738
Ecthyma térébrant de l'enfance. Recherches bactériologiques, par G. Baudoin et L. Wickham.....	805
Eczéma séborrhéique, par Unna.....	98
Eczéma chez les vieillards, par van Warlingen.....	552
Eczéma séborrhéique, par de Senneville.....	824
Eczémas professionnels. (Voyez Dermites.)	
Eczéma (Eléphantiasis suite d'). (Voyez Eléphantiasis.)	
Eléphantiasis des Arabes chez les enfants, par Moncorvo.....	553

	Pages.
Eléphantiasis des Arabes (Traitement de l') par la ligature de l'artère principale du membre, par Piertzikowski.....	553
Eléphantiasis et dermites consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, par Jeanselme.....	738
Eléphantiasis du scrotum, par Lesieur.....	738
Enseignement de la dermato-syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises, par Leloir.....	54, 122, 194 et 269
Ephidroses de la face, par P. Raymond.....	552
Epithéliomas (Traitement des) par l'acide lactique, par Doyen.....	90
Epithélioma pavimenteux primitif des cicatrices, par C. Durand.....	739
Epithélioma vulgaire primitif, par J. Maurel.....	824
Epithéliomas. (Voyez Cancer et Cancéroïdes.)	
Erectile (Tumeur). (Voyez Tumeur.)	
Eruptions médicamenteuses, par Prince A. Morrow.....	170
Eruptions iodoformiques. (Voyez Iodoforme.)	
Eruptions dues à l'antipyrine. (Voyez Antipyrine.)	
Erysipélateux (Streptococcus dans le sang des), par Noorden.....	584
Erythèmes (Contribution à l'étude des), par Polotebnoff.....	170
Erythème iodoformique, par Trouseau.....	170
Erythème papuleux et urémie, par de Launay.....	552
Erythème polymorphe infectieux herpétiforme (Herpès généralisé fébrile), par Audry.....	627
Erythème infectieux, par P. Simon et E. Legrain.....	667
Erythème polymorphe (Phlébite dans l'), par Girode.....	791
Erythèmes polymorphes et nodosités pseudo-rhumatismales chez les syphilitiques, par Testu.....	824
Erythèmes. (Voyez Roséoles.)	

F

Follicules des vibrisses (Inflammation des), par Hardaway.....	553
Folliculite des régions velues, par Quinquaud.....	656

G

Gafsa (Clou de). (Voyez Clou.)	
Gales anormales, par Heem.....	824

H

Herpès généralisé fébrile, par Audry.....	627
---	-----

	Pages.
Herpès gestationis. (Voyez Dermatite herpétiforme de Duhring, par Brocq, p. 493.).....	493
Herpès zoster. (Voyez Zona.).....	
Herpès tonsurant. (Voyez Trichophyton et Trichophytie.).....	
Herpétiforme. (Voyez Dermatite.).....	
Herpétique (Fièvre) à manifestations cutanées et oculaires, par H. Feulard.....	167
Hydroa bulleux de Bazin à récidence, par Pétrini.....	91
Hydroa bulleux. (Voyez Dermatite herpétiforme, par L. Brocq.).....	
Hyperhidrose (Cas d'), par C.-W. Cutler.....	468
Hypertrichose circonscrite acquise de la région lombaire, par Ohmann-Dumesnil.....	656
Hystérique (Affection de la peau chez une), par Jaeger.....	552

I

Ichthyol et résorcine, par G.-E. Jackson.....	401
Ichthyose (Fait pour servir à l'étiologie de l'), par Heulz.....	237
Impétigo (Rapport de l'albuminurie avec l'), par Donnadien.....	738
Index des mémoires allemands parus en 1887.....	677
Index des mémoires anglais et américains parus en 1887.....	762
Index des thèses sur la dermatologie et la syphiligraphie soutenues à la Faculté de Bordeaux (1887-1888).....	847
Iodique (Pemphigus). (Voyez Pemphigus.).....	
Iodoforme (Effets toxiques de l') sur la peau et sur tout l'organisme, par B.-W. Taylor.....	170
Iodoforme (Accidents dus à l'). Phlyctène et roséole, par Wallich... ..	170
Iodoformique (Erythème). (Voyez Erythème.).....	

K

Kéloïde (Étude sur la), par Dénériaz.....	553
Kéloïdienne (Dermatite) de la nuque, par Marcassi.....	553
Kératose folliculaire avec tylosis de la paume des mains et de la plante des pieds, par Neely.....	468

L

La Bourboule actuelle, par A. Nicolas.....	258
Lactique (Acide) en dermatologie, par Knocke.....	98

	Pages.
Langue (Affections maculeuses de la), par Winternitz	553
Lèpre (La) de Parcent, par Zuriaga.....	390
Lèpre (Contagiosité de la). Discussion à l'Académie de médecine, par L. Brocq.....	536 et 648
Lépreux (Visite à l'hôpital des) de Scutari, par A. Doyon.....	386
Lépreux (Otite moyenne aiguë chez un). Examen du nez, du pharynx et du larynx, par Wagner.....	715
Léproserie de Reknaes (La), par Kaurin.....	394
Leucoplasie et cancroïde de la muqueuse vulvo-vaginale, par. G. Bex.	824
Lichen ruber, par Köbner (Erratum).....	132
Lupus érythémateux, par Balmanno-Squire.....	98
Lupus (Traitement du) par les applications locales, par Unna.....	98
Lupus (Traitement du) et des épithéliomas par l'acide lactique, par Doyen.....	98
Lupus (Combinaison du) avec le cancer, par Mibelli.....	338
Lupus érythémateux de la main et du pied. Diagnostic clinique, par Klotz.....	468
Lupus vulgaire (Traitement du) par les cautérisations en surface par l'électrolyse, par Gartner et Lustgarten.....	468
Lupus vulgaire (Nature des variétés atypiques du), par Leloir.....	623
Lupus (Leçons sur le), par J. Hutchinson.....	656
Lupus (Influence de l'érysipèle sur le), par Winternitz.....	656
Lupus du larynx, par Marty.....	738
Lupus tuberculeux (Forme suppurative de), par Hallopeau et Wickham.	786

M

Maladies de la peau (Tableaux des localisations dans les), par J. Pick.	50
Maladies de la peau, par Lesser.....	50 et 847
Maladies de la peau (Atlas des), par J. Neumann.....	50
Médecine (Expressions populaires relatives à la), par Brissaud.....	428
Mélaniques (Tumeurs) de la peau et mélanodermie, par Panné.....	338
Mélanodermie congénitale (Lésions de la peau dans la) et dans le nævus pigmentaire, par Variot.....	338
Mélanosarcome de la région dorsale, par Reverdin et Mayor.....	338
Mélanosarcome de la peau, avec généralisation, par Boulay.....	338
Mercure (Action du) sur l'organisme, par Rémond.....	458
Mercure (Salicylate de), dans la syphilis et quelques dermatoses, par Bruno-Chaves.....	228
Morvan (Maladie de), par d'Oger de Spéville.....	738

N

	Pages.
Nævi pigmentaire (Destruction des) par l'électrolyse, par J. W. Carpenter	339
Nævus pigmentaires circonscrit (Lésions de la peau dans le), par Variot.....	338
Néoplasme remarquable de la peau, par Dunn.....	338
Névrose particulière de la peau, par Gamberini.....	468
Nodosités rhumatismales sans rhumatisme, par Gilly.....	470
Nodosités pseudo-rhumatismales chez les syphilitiques, par Testu...	824

O

Œdème aigu, angionévrotique héréditaire, par T. Falcone.....	552
Œdème et anasarque de nature rhumatismale; coexistence de la dilatation de l'estomac, par Argueyrolles.....	738
Ongles (Chute spontanée des). (Voyez Pelade.)	

P

Panaris. (Voyez Tourniole.)	
Panaris analgésiques. (Voyez Morvan.)	
Papillome (Destruction des) par l'électrolyse, par Carpenter.....	339
Peau (Le sel dans l'hygiène et la thérapeutique de la), par H.-G. Piffard.....	407
Pelade et altérations des poils dans cette maladie, par G. Behrend...	468
Pelade de la barbe et des secondes phalanges; chute spontanée des ongles, par Arnozan.....	656
Pelade (Étiologie et prophylaxie de la), par P. Merklen.....	813
Pellagre sporadique, par M. Mollière.....	552
Pellagre sporadique avec autopsie, par Eraud.....	552
Pellagre symptomatique (De la), par Guertin.....	738
Pemphigus iodique (Forme végétante et atrophique de), par Hallopeau.	285
Pemphigus pruriginosus. (Voyez Dermite Herpétiforme de Duhring, par Brocq.)	
Pigment de la peau (Physiologie et pathologie du), par S. Ehrmann..	338
Pigmentaires (Lésions) de la peau. (Voyez Nævi, Syphilides, Mélanodermie, Mélanosarcomes, Xéroderma.)	
Poils humains (Développement et altérations des), par S. Giovannini.	98
Poils (Destruction des) par l'électrolyse, par J. W. Carpenter	339

	Pages.
Poils (Maladie des) et du cuir chevelu, par G. T. Jackson.....	428
Poils (Développement des). exagéré (Voy. Hypertrichose.)	
Poils (Destruction par l'électrolyse des), par Brocq.....	656
Prurigo (Du), par T. Robinson.....	552
Prurigo hyemalis (Du), par Payne.....	552
Prurit (Notes cliniques sur le), par Duncan-Bukley.....	552
Psoriasis (Sur la prétendue contagiosité du), par Ducrey.....	401
Psoriasis (Traitement du), par l'iodure de potassium à hautes doses, par Haslund.....	401
Psoriasis et arthropathies, par Bourdillon	738
Purpura hémorrhagique suivi de gangrène (Deux cas de), par Mar- tin de Gimard.....	552
Purpura (Immobilisation des membres et). Influence des variations de la pression sur le purpura, par H. Hartmann.....	702
Purpura infectieux primitif, par Martin de Gimard.....	738

R

Résorcine et ichthyol, par J. S. Jackson.....	401
Résorcine (La) en médecine, par Leconte.....	739
Rhinite chronique comme cause d'acné du visage, par C. Seiler.....	558
Roséoles (Étude générale sur les), par Morel-Lavallée.....	170
Roséole iodoformique, par Wallich.....	170
Roséoles. (Voy. Érythèmes.)	

S

Sarcomateuse (Tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse), par G. Mouret.....	738
Sarcome cutané, par Defontaine.....	338
Sarcomes. (Voyez Mélanosarcomes.)	
Scrofule. (Voyez Tuberculose.)	
Séborrhoïque (Eczéma). (Voyez Eczéma.)	
Sudorales (Éruptions) et leur valeur pronostique particulièrement dans la fièvre typhoïde.....	553
Syphiloides post-érosives, par L. Jacquet.....	739

SYPHILIS.

ÉTILOGIE. — PATHOGÉNIE.

	Pages.
Les bacilles dans la syphilis, par Doutrelepon.....	40
Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée, par Girode.....	416
Incubation très longue du virus syphilitique, par T. Falcone.....	416
Dangers que font courir à la santé publique les filles insoumises, par Leloir.....	464
Chancre induré occasionné par un rasoir, par Cheminade.....	535
Essais d'inoculation de la syphilis au singe, par Mossé.....	587
Bacilles de la syphilis et du smegma préputial, par Bitter.....	587
Syphilis contractée par inoculation palpébrale, par Dubreuil.....	587
Prophylaxie publique de la syphilis, par Barthélemy.....	721

CHANCRE.

Chancre infectant de la région anale chez un jeune garçon, par Descroizilles.....	40
Relevé des chancres extra-génitaux observés dans le service de M. le professeur Fournier, du 1 ^{er} février 1887 au 1 ^{er} février 1888, par Morel-Lavallée.....	375
Chancre induré de la fosse nasale droite, par Moure.....	587
Chancre de la racine du nez, par E. Laurent.....	587
Chancres multiples du palais, par Ohmann-Dumesnil.....	718
Chancres. (Voyez Étiologie-Pathogénie.)	

SYPHILIDES. — GÉNÉRALITÉS. — MARCHE.

Roséole maculeuse, par Ernest Besnier.....	40
Syphilide pigmentaire, par Tortora.....	40
Des adénopathies superficielles dans la syphilis tertiaire, par Lannois et Lemoine.....	242
Rachitisme et syphilis, par Cazin et Iscovesco.....	242
Des garanties exigées des médecins comme preuves d'une instruction suffisante en syphiligraphie, par Lang.....	280
Syphilide pigmentaire généralisée, par M. Doyon.....	335
Œdème scléreux, par Finger.....	416
Syphilis avec manifestations cutanées hémilatérales, par T. Falcone..	416
Alopécie syphilitique, par A. Fournier.....	416
Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique, par Balzer..	416
Vitiligo syphilitique acquis, par Poelchen.....	588

	Pages.
Syphilis et cancer, par Lang.....	588
Syphildermie dyschromateuse à localisations multiples chez un dément sénile, par Chambard.....	646
Influence de la syphilis sur la grossesse, par Baude.....	798
Erythèmes polymorphes et nodosités pseudorhumatismales chez les syphilitiques, par Testu.....	824
Fièvre syphilitique, par Morin.....	831
Angine syphilitique secondaire à forme diphthéroïde, par Hautement.....	831
Syphilides psoriasiformes, par Nozo.....	831
Chondrite et périchondrite dans la syphilis secondaire, par Bouvier...	831
Syphiligraphie (Index bibliographique de l'année 1886), par Szadek..	847

GOMMES. — SYPHILIS VISCÉRALE, OSSEUSE, ARTICULAIRE.

Artérite syphilitique et gangrène spontanée des doigts, par d'Ornellas.	35
Syphilis du rein, par Barthélemy	40
Glossite gommeuse traitée par les injections intra-musculaires de calomel, par A. Scarenzio	242
Diabète syphilitique, par Lemonnier.....	398
Gommes de la conjonctive palpébrale, par Trousseau	460
Arthrite syphilitique secondaire, par Cheminade.....	466
Syphilde ulcéreuse tertiaire du prépuce simulant un chancre syphilitique, par Portalier	531
Syphilis tertiaire des enfants et des adolescents, par Verneuil.....	588
Glossopathies syphilitiques tertiaires, par Mauriac.	588
Ulcérations syphilitiques tertiaires de la verge, par Bousquet.....	588
Pachyvaginalité hémorrhagique d'origine syphilitique, par Ozenne...	588
Artério-sclérose généralisée et syphilis, par A. Mathieu	588
Gomme de cuir chevelu développé à la 44 ^e année de la syphilis, par Huguet et Audain.....	707
Tumeurs gommeuses du sterno-mastoidien, par Rochefort.....	831
Labialites tertiaires, par A. Tournier.....	831

SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX. — SYPHILIS OCULAIRE.

Aphasie d'origine syphilitique, par D. Courtade	40
Phénomènes nerveux de la syphilis secondaire, par A. Fournier ...	416
Hystérie et syphilis, par Charcot	416
Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique, par Potain	416
Paralysie hystérique chez un syphilitique, par Potain.....	516
Névrite hémilatérale des rameaux spinaux dans la syphilis récente, par Ehrmann	587
Accidents cérébraux précoces suivis de mort. Syphilis au 8 ^e mois, par Le Roy	587

	Pages.
Hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique, par R. Leudet....	587
Paralysie syphilitique de l'oculo-moteur commun (deux cas de), par Sarda	588
Des variétés d'atrophie du nerf optique ataxique, par Galezowski...	640

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Syphilis héréditaire tardive de la gorge guérie par le mercure et l'alimentation rectale, par Bruce	40
Syphilis héréditaire avec lésions du poumon, par Linn	95
Hérédo-syphilis à la seconde génération, par de Zanneau	162
Formes tardives de la syphilis héréditaire, par Gamberini.....	242
Syphilis héréditaire caractérisée par une infiltration gommeuse quasi-généralisée, par A. Fournier.....	242
Quelques cas de syphilis héréditaire et tardive, par Riff.....	242
Contribution à l'étude des streptococci dans la syphilis héréditaire, par Neisser.....	587
Guérison de la pseudo-paralysie syphilitique, par Baisle	832
Hérédité syphilitique paternelle, par Riocreux.....	832
Ostéo-arthrites déformantes dans la syphilis héréditaire, par Daujon .	832

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Syphilide de date ancienne ayant nécessité de fortes doses d'iode de potassium, par H. Stelwagon	40
Action du mercure sur l'organisme, par Rémond.....	158
Du salicylate de mercure dans la syphilis, par Bruno-Chaves.....	228
De l'idiosyncrasie dans le traitement de la syphilis, par P. A. Morrow..	242
Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par Krecke	242
Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par Kopp.....	242
Traitement abortif de la syphilis, par Mannino.....	242
Traitement des syphilides secondaires de la bouche par les injections mercurielles, Rosolimos.	325
Traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez la femme, par Baudier	832
Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio, par Sibilat..	832

T

Thèses de dermatologie. Paris et Lille, 1887-1888. (Analyse.) . 738 et 824

	Pages.
Thèses de syphiligraphie. Paris, 1887-1888. (Analyse.).....	831
Thèses de dermatologie et de syphiligraphie. Bordeaux, 1887-1888.	
Indication bibliographique.....	847
Tonga (Note sur la), par Caillot.....	553
Tourniole (Pathogénie et traitement de la), par E. Chambard.....	455
Trichomycose nodulaire, par Juhel-Renoy.....	777
Trichophytiase dermique, par Campana.....	98
Trichophytie (Teinture de Siegesbeckia orientalis dans la), par R. Hutchinson.....	98
Trichophyton tonsurans (Recherches sur le), par C. Pellizzari.....	468
Trichophyton tonsurans épidermique et tumeur trichophytique), par R. Campana.....	468
Trichophyton tonsurans (Nouveau traitement du) par Charon et Gevaert.....	468
Tricophytie (De la), par G. Thin.....	468
Tricophyton tonsurans (Epidémie de) à Berlin, par Saalfeld.....	656
Trophonévrose de la peau, par Kopp.....	847
Tubercule anatomique, par A. Pollosson.....	338
Tubercule anatomique renfermant des bacilles, par Reverdin et Mayor.....	656
Tuberculeuse (Contribution à la doctrine de l'infection), par E. Lesser.	338
Terculeuses (Emploi de l'acide lactique contre certaines ulcérations) de la peau et des muqueuses, par Rafin.....	656
Tuberculeuse (Ulcération) de la région périanale, par Marianelli.....	656
Tuberculeuse verruqueuse de la peau (Deux cas de), par Morel- Lavallée.....	21 et 84
Tuberculose cutanée, par Lyot et Gautier.....	338
Tuberculose, scrofule et lymphatisme au point de vue dermatolo- gique, par H. Leloir.....	656
Tuberculose (Scrofulo-) de la peau, par Morel-Lavallée.....	656
Tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme.....	738
Tumeur érectile traitée par l'électrolyse, par A. Mayor.....	339
Tylosis. (Voyez Kératose.)	

U

Ulère des pays chauds (Etude étiologique sur l'), par Sirus-Pirond et C. Oddo.....	401
Ulcères variqueux (Traitement des) par le sulfate de cuivre, par R. Blanc.....	739
Urémie (Erythème papuleux et), par de Launay.....	552
Urticaire hydatique (Pathogénie de l'), par Debove.....	170
Urticaire Mode de production des élevures de l'), par Jacquet.....	529

	Pages.
Urticaire pigmentée (L'), par P. Raymond.....	258
Urticaire pigmentée, par Deligny.....	552
Urticaire pigmentée (Deux cas d'), par L. Wickham et Thibault.....	634

V

Vaginite et son traitement, par Foveau.....	831
Variole (Microbes des pustules de la), par Guttmann.....	553 et 554
Végétations (Traitement des) des organes génitaux externes, par Rebillard.....	739
Vénériennes (Traité pratique des maladies), par G. Profeta.....	757
Vergetures du thorax (Note sur les), par A. Gilbert.....	339
Vergetures chez les épileptiques, par Arnould.....	339
Vergetures du thorax chez un phthisique; lésions de la peau à leur niveau, par Troisième et Ménétrier.....	339
Vergetures (Altérations du réseau élastique de la peau au niveau des), par Troisième et Ménétrier.....	339
Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique, par Balzer.....	416
Vergetures du thorax (Des), par Scialom.....	738
Verrues planes juvéniles de la face, par R. Darier.....	617

Xeroderma pigmentosum (Un cas de), par Arnozan.....	365
---	-----

Z

Zona périnéo-génital chez les tuberculeux, par Barié.....	553
Zona chez les tuberculeux, par Leroux.....	738
ona bilatéral compliqué d'herpès généralisé, par Boulland.....	738

Le Gérant : G. MASSON.

—
ges.
258
552
634

331
554

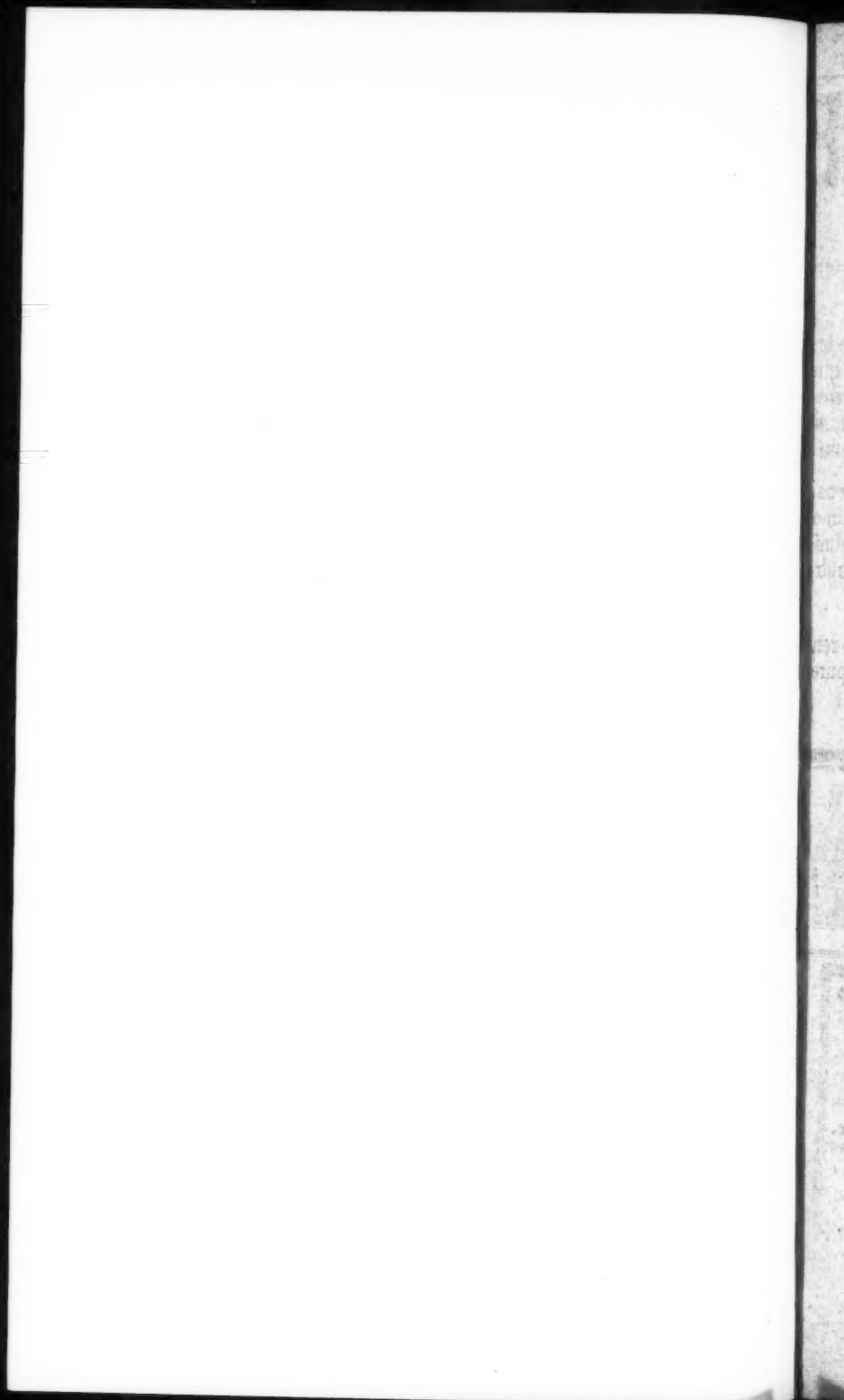
739
757
339
339

339

339
416
738
617

365

553
738
738



EAUX MINÉRALES, SULFUREUSES ET SALINES

URIAGE

(ISÈRE)

L'eau d'Uriage réunit les principes des **eaux sulfureuses énergiques**, ceux des **eaux chlorurées sodiques fortes** et ceux des **eaux sulfatées purgatives**, qu'on ne trouve en général que séparées. *C'est une eau sulfureuse purgative*, et, à ce titre, elle présente des avantages dont l'importance ne saurait échapper à personne.

Analyse par M. LEFORT

Membre de l'Académie de Médecine.

Un litre d'eau d'Uriage contient :

Azote à 0 degré et à.....	760 ^{mm}	19 [°] ,5		
Acide carbonique libre.....	3	2	ou	0.0062
— sulfhydrique.....	7	3443	ou	0.0108
Chlorure de sodium.....				6.0589
— de potassium.....				0.4088
— de lithium.....				0.0073
— de rubidium.....				
Iodure de sodium.....				impondérable
Sulfate de chaux.....				1.5205
— de magnésie.....				0.6048
— de soude.....				1.1875
Bicarbonate de soude.....				0.5555
Hypo-sulfite de soude.....				indices
Arséniate de soude.....				0.0021
Sulfure de fer.....				impondérable
Silice.....				0.0790
Matière organique.....				indices
				<hr/> 10.4262

L'eau d'Uriage est employée avec le plus grand succès contre le **lymphatisme**, la **scrofule**, les **maladies de la peau**, les suites de la **sypilis**, les **affections rhumatismales**, l'**anémie**, etc.

L'eau d'Uriage, se conservant parfaitement, peut être utilisée à domicile, soit comme eau purgative, soit à dose alterante, soit enfin pour l'usage externe : pulvérisation, lotions, etc.

L'EAU MINÉRALE D'URIAGE se vend : Dans toutes les succursales de la Compagnie de Vichy, et chez les principaux marchands d'Eaux minérales et pharmaciens de France et de l'étranger.

ELIXIR D'ANTIPIRYNE

à l'Écorce d'Oranges Amères

Préparé par **J.-P. LAROZE**, Pharmacien

PARIS — 2, rue des Lions-Saint-Paul, 2 — PARIS

Tout le corps médical s'accorde à reconnaître l'Antipyrine comme le remède souverain contre la **DOULEUR**, quelle que soit son origine : **Migraine, Maux de tête, Rhumatisme aigu et subaigu, Goutte**, etc. (Voir les savantes communications du professeur G. Sée à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine).

Sous forme d'**Elixir** à l'écorce d'oranges amères, l'**Antipyrine** ne conserve plus trace de son amertume, possède même une saveur agréable et peut être administrée aux estomacs les plus délicats sans le moindre inconvénient.

Chaque cuillerée à bouche d'**Elixir d'Antipyrine Laroze** renferme exactement 1 gramme d'antipyrine chimiquement pure.

Prix du Flacon : 6 francs.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

EAU ARSENICALE EMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os

LA BOURBOULE

Rhumatismes. — Voies respiratoires

ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES

ÉPILEPSIE • HYSTÉRIE • NÉVROSES

Le **SIRUP de HENRY MURE** au **Bromure de Potassium** (exempt de chlorure et d'iode), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angle-

terre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de **SIRUP de HENRY MURE** contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du Flacon : 5 francs.

HENRY MURE, Ph^m à Pont-St-Espirit (Gard). — **PARIS, Ph^m LEBROU, 18, rue Richer.**

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES

Paris. — Société d'imprimerie **PAUL DUPONT**, 21, rue du Bouloi (CL). 60 bis, 12 58.

NE

acien

pyrine
le que

comm-
édécia)

ères,
tune,
admi-
bindre

re ren-
pure.



S
é
t
t
s